

Bronze 60 PPO 6300/60 + Child Dental

Para las fechas de vigencia del 1 de enero al 1 de diciembre de 2024

| CARACTERÍSTICAS | Nivel de Proveedores Participantes (de la red) ¹ | Nivel de Proveedores No Participantes (que no pertenecen a la red) ¹ |
|--|---|---|
| DEDUCIBLE DEL PLAN (Integrado) | Individual: \$6,300 ² /Familiar: \$12,600 ² | Individual: \$12,600 ² /Familiar: \$25,200 ² |
| GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO (Integrado) | Individual: \$9,100 ^{2,4} /Familiar: \$18,200 ^{2,4} | Individual: \$18,200 ^{2,4} /Familiar: \$36,400 ^{2,4} |
| EN EL CONSULTORIO MÉDICO | | |
| Consultas de atención primaria | \$60 (se aplican deducibles después de las 3 primeras consultas de atención no preventiva) ⁵ | 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ³ |
| Consultas de atención de urgencia | \$60 (se aplican deducibles después de las 3 primeras consultas de atención no preventiva) ⁵ | 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ³ |
| Visitas al consultorio de atención especializada | \$95 (se aplican deducibles después de las 3 primeras consultas de atención no preventiva) ⁵ | 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ³ |
| Servicios preventivos (por ejemplo, pruebas de detección, consultas prenatales y posparto, y vacunas) | \$0 ^{6,7,8,9} | 40 % ^{6,7,8,9} |
| Consultas de atención preventiva para el bienestar infantil (hasta los 23 meses de edad) | \$0 | 40 % |
| Inyecciones para las alergias | 40 % por consulta | 100 % por consulta (hasta el gasto máximo de bolsillo) |
| Servicios de fertilidad | 40 % ¹⁰ (después del deducible del plan) | Sin cobertura |
| Fisioterapia, terapia del habla y ocupacional | \$60 | 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ³ |
| La mayoría de los análisis de laboratorio | \$40 | 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ³ |
| La mayoría de las radiografías y pruebas de diagnóstico | 40 % (después del deducible del plan) | 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ³ |
| La mayoría de las resonancias magnéticas y tomografías computarizadas o por emisión de positrones | 40 % (después del deducible del plan) | 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ³ |
| Cirugía para pacientes ambulatorios (por procedimiento) | 40 % (después del deducible del plan) | 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ³ |
| SERVICIOS DE EMERGENCIA | | |
| Consultas en el Departamento de Emergencias (el cargo no se exige si es admitido directamente al hospital) | 40 % (después del deducible del plan) | 40 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ³ |
| Ambulancia | 40 % (después del deducible del plan) | 40 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ³ |
| MEDICAMENTOS RECETADOS (suministro de hasta 30 días) | | |
| Medicamentos genéricos (Nivel 1) | \$17 (después del deducible de \$500/\$1,000 para medicamentos) ^{11,12,13,14} | Sin cobertura |
| Medicamentos de marca (Nivel 2) | 40 % por receta médica hasta un máximo de \$500 (después del deducible de \$500/\$1,000 para medicamentos) ^{11,12,13,14} | Sin cobertura |
| Medicamentos especializados (Nivel 4) | 40 % por receta médica hasta un máximo de \$500 (después del deducible de \$500/\$1,000 para medicamentos) ^{12,13,14} | Sin cobertura |
| ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS | | |
| Servicios de médicos, habitación y comidas, exámenes, medicamentos, suministros, terapias, servicios para partos | 40 % (después del deducible del plan) | 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ³ |
| Atención en un centro de enfermería especializada (hasta 100 días por periodo de beneficios) | 40 % (después del deducible del plan) | 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ³ |
| SERVICIOS DE SALUD MENTAL | | |
| Paciente ambulatorio (en el consultorio médico) | \$60 | 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ³ |
| Paciente hospitalizado (en el hospital) | 40 % (después del deducible del plan) | 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ³ |
| SERVICIOS PARA TRATAR TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS | | |
| Paciente ambulatorio (en el consultorio médico) | \$60 | 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ³ |
| Paciente hospitalizado (solo desintoxicación) | 40 % (después del deducible del plan) | 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ³ |
| OTROS | | |
| Atención virtual | \$0 | \$0 |
| Acupuntura (con referencia de un médico) | \$60 por consulta (después del deducible del plan) | 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ³ |
| Determinado equipo médico duradero (DME) (suplementario y básico) | 40 % (después del deducible del plan) ^{15,16} | 100 % (hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo) ^{3,15,16} |
| Determinados dispositivos protésicos y ortésicos | 40 % (después del deducible del plan) | 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ³ |
| Óptica pediátrica (artículos para la vista) | 1 par de anteojos o lentes de contacto por año ¹⁷ | 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ^{3,17} |
| Examen de la vista pediátrico | \$0 | 0 % (después del deducible del plan) |
| Óptica para adultos (artículos para la vista) | Sin cobertura | Sin cobertura |
| Examen de la vista para adultos (de refracciones oculares) | \$0 | Sin cobertura |
| Atención médica a domicilio (hasta 100 consultas por año) | 40 % (después del deducible del plan) ¹⁸ | 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ^{3,18} |
| Cuidados paliativos | \$0 | 100 % (hasta el gasto máximo de bolsillo) ³ |

(continúa)

Para las fechas de vigencia del 1 de enero al 1 de diciembre de 2024

(continuación)

1. Los pagos se calculan según el cargo admisible máximo por los servicios cubiertos. El cargo admisible máximo se refiere a la cantidad que sea menor entre los cargos habituales, acostumbrados y razonables, la tarifa negociada o los cargos reales facturados. El cargo admisible máximo puede ser inferior al monto real facturado por el proveedor. Las personas con cobertura podrían tener que pagar cualquier monto que supere el cargo admisible máximo por un servicio cubierto.
2. Este plan tiene un deducible y un gasto máximo de bolsillo integrados. Cada familiar empezará a pagar copagos o coseguros después de alcanzar su deducible o su gasto máximo de bolsillo individuales (según el beneficio), o cuando se alcancen el deducible o el gasto máximo de bolsillo de la familia. Individualmente, los familiares no están sujetos al costo compartido cuando alcanzan su gasto máximo de bolsillo individual o cuando se alcanza el gasto máximo de bolsillo de la familia.
3. Aun cuando se alcance el deducible, el miembro seguirá pagando un coseguro del 100 % para determinados beneficios hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo. Una vez que se alcanza el gasto máximo de bolsillo, los servicios cubiertos se ofrecen sin cargo.
4. Los cargos cubiertos en los que se incurrió para alcanzar el gasto máximo de bolsillo en el nivel de proveedores no participantes no se acumularán para alcanzar el gasto máximo de bolsillo en el nivel de proveedores participantes. De la misma manera, los cargos cubiertos en los que se incurrió para alcanzar el gasto máximo de bolsillo en el nivel de proveedores participantes no se acumularán para alcanzar el gasto máximo de bolsillo en el nivel de proveedores no participantes. Para comprender bien a qué se refiere el gasto máximo de bolsillo, consulte su *Certificado de Seguro*.
5. No se exige el deducible en las 3 primeras consultas combinadas para servicios de atención primaria no preventiva, atención especializada, atención de otros profesionales médicos, atención de urgencia, y servicios de salud mental o del comportamiento y para trastornos por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.
6. Los análisis de laboratorio, las radiografías y las vacunas con fines preventivos tienen cobertura como parte del examen preventivo.
7. Consultas prenatales programadas y consultas posparto.
8. Las consultas prenatales de rutina 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 y los latidos cardíacos fetales, y los análisis químicos de orina de rutina.
9. Los servicios para el parto y la atención como pacientes hospitalizados de la madre y el bebé están cubiertos conforme al beneficio de servicios para pacientes hospitalizados. Para comprender bien a qué se refieren los servicios para el parto, consulte el *Certificado de Seguro* de KPIC.
10. Los beneficios pagaderos por el tratamiento de la infertilidad tienen un límite de \$1,000 por año para servicios prestados por proveedores participantes. El tratamiento de la infertilidad incluye la transferencia intratubárica de gametos. La fertilización in vitro no tiene cobertura. Los beneficios pagaderos por el diagnóstico de la infertilidad tendrán la misma cobertura que se proporciona para cualquier otra enfermedad.
11. El asegurado debe pagar el copago de los medicamentos de marca más la diferencia en el costo entre el medicamento genérico y el medicamento de marca cuando solicite un medicamento de marca y haya una versión genérica disponible.
12. Su plan tiene una lista de medicamentos cubiertos disponibles; sin embargo, es posible que determinados medicamentos 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, las recetas médicas deben surtirse en una farmacia de la red MedImpact. Llame a MedImpact al 1-800-788-2949 para saber cuáles son las farmacias participantes.
13. Este plan tiene un deducible para medicamentos de \$500 por individuo y de \$1,000 por familia para los costos de medicamentos recetados y un gasto máximo de bolsillo. Cada familiar empezará a pagar copagos o coseguros después de alcanzar su deducible para medicamentos o su gasto máximo de bolsillo individual (según el beneficio), o cuando se alcance el deducible de la familia. Individualmente, los familiares no están sujetos al costo compartido cuando alcanzan su gasto máximo de bolsillo individual o cuando se alcanza el gasto máximo de bolsillo de la familia.
14. Pedidos por correo: Suministro de hasta 100 días por el costo de un suministro de 60 días para medicamentos con receta aprobados.
15. Se brinda cobertura para equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) básico y suplementario. El DME suplementario se limita a un beneficio máximo combinado de \$2,000 por año para los servicios prestados por proveedores participantes y no participantes; se excluyen los suministros y equipos de prueba para personas con diabetes.
16. El equipo y los suministros para personas con diabetes se limitan a un equipo de infusión y una jeringa con la aguja para las bombas de insulina externas, tiras reactivas, lancetas, protectores cutáneos, toallitas limpiadoras para la eliminación de adhesivos y películas transparentes. Los montos de los coseguros se basan en los cargos reales facturados y no están sujetos al límite máximo para DME de \$2,000 por año.
17. Para menores de 19 años. Un par de anteojos de una selección limitada.
18. El límite no se aplica a las consultas a domicilio con fisioterapeutas, y terapeutas ocupacionales y del habla.

Esto es solo un resumen de beneficios y está sujeto a cambios. En la [Evidencia de Cobertura](#) de Kaiser Foundation Health Plan (KFHP) y en el *Certificado de Seguro* de Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC), se brinda una explicación completa de los beneficios, las exclusiones y las limitaciones. La información que se proporciona no tiene como fin describir todos los beneficios incluidos en cada plan, ni tampoco está diseñada para funcionar como *Evidencia de Cobertura* o *Certificado de Seguro*.