

**2026**

## **Inland Empire Health Plan: Programa de Beneficios de los planes de Covered California**

### **Plan Bronze 60 HMO**

Este Programa de Beneficios (*Schedule of Benefits*, “SOB”) forma parte de la Evidencia de Cobertura (*Evidence of Coverage*, “EOC”) y muestra el monto que usted pagará por los servicios cubiertos por este plan de beneficios. Consulte ambos documentos para obtener una descripción completa de las disposiciones, los beneficios, las exclusiones, los requisitos de autorización previa y otros datos importantes sobre este plan de beneficios.

El SOB muestra los copagos (montos fijos en dólares) y el coseguro (montos porcentuales) que debe pagar por los suministros y servicios cubiertos de este plan.

Usted debe pagar los copagos fijos en dólares que se indican en el momento en que obtenga los servicios. Por lo general, los montos de coseguro porcentuales se facturan después de que reciba los servicios.

Existe un límite a los montos que debe pagar en un año civil. Consulte la sección "Máximo de gastos de bolsillo" para obtener más información.

Para algunos servicios y suministros de este plan, se aplica un deducible por año civil. Usted debe pagar ciertos montos por los servicios cubiertos sujetos al deducible.

Los servicios cubiertos para afecciones médicas y trastornos de salud mental y por consumo de sustancias prestados adecuadamente como servicios de telesalud o virtuales están cubiertos en los mismos términos y con el mismo alcance que los servicios cubiertos que se prestan en persona. Consulte la definición de "servicios de telesalud o virtuales" en la sección "Definiciones" para obtener más información.

#### **Deducible del año civil para determinados servicios**

En cualquier año civil, debe pagar ciertos montos por servicios médicos sujetos al deducible hasta que alcance uno de los montos de deducible a continuación:

Deducible médico, por miembro	\$5,800
Deducible médico, por familia	\$11,600

Deducible de farmacia, por miembro	\$450
Deducible de farmacia, por familia	\$900

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

- El deducible por año civil es obligatorio para determinados servicios médicos y se aplica al máximo de gastos de bolsillo. Deberá pagar una cantidad de gastos cubiertos por estos servicios igual al deducible del año civil mostrado anteriormente antes de que su plan pague los beneficios. Una vez cubierto el deducible, usted sigue siendo financieramente responsable del pago de cualquier otro costo compartido aplicable hasta que alcance el máximo de gastos de bolsillo individual o familiar. Si usted es miembro de un plan familiar (con dos o más miembros), alcanzará el deducible cuando cubra la cantidad de un miembro o cuando toda su familia alcance el monto familiar.
- El deducible del año civil no se aplica a los servicios de la vista pediátricos ni a los servicios dentales pediátricos.
- Se aplica el deducible del año civil a menos que se indique a continuación.
- El deducible del año civil no se aplica a los servicios de atención médica preventiva.

### **Máximo de gastos de bolsillo por año civil**

Los montos del máximo de gastos de bolsillo (*Out-of-Pocket Maximum, "OOPM"*) a continuación son los montos máximos que pagará por los servicios cubiertos durante un año civil en particular, excepto como se describe en la siguiente sección "Excepciones al OOPM".

Una vez que el monto total de todos los deducibles, copagos y coseguros que usted paga por los suministros y servicios cubiertos bajo esta EOC en cualquier año civil sea igual al monto del máximo de gastos de bolsillo, no se le podrá obligar a ningún miembro a que pague por los suministros y servicios cubiertos. Sus pagos por servicios o suministros que este plan no cubre no se aplicarán al monto del OOPM.

OOPM, por miembro	\$9,800
OOPM, por familia	\$19,600

- Si un miembro paga montos de costos compartidos por suministros y servicios cubiertos en un año civil que equivalen al monto del OOPM que se muestra anteriormente para un miembro, no se requiere ningún pago adicional para ese miembro durante el resto del año civil.
- Una vez que un miembro individual de una familia alcance el OOPM individual, el resto de los familiares inscritos deben continuar pagando los costos compartidos y los deducibles por año civil hasta que (a) la suma de dichos copagos y deducibles pagados por la familia alcance el OOPM familiar o (b) cada familiar inscrito individualmente el OOPM individual.
- Si los montos de los suministros y servicios cubiertos pagados por todos los miembros inscritos equivalen al monto del OOPM que se muestra para una familia, no se requerirá ningún pago adicional de ningún miembro inscrito de esa familia durante el resto del año civil para esos servicios. (NOTA: Para que aplique el OOPM familiar, todos los familiares deben estar inscritos bajo un solo suscriptor. Los familiares

inscritos como suscriptores separados están sujetos al OOPM de un miembro).

- Solo los montos que se aplican al monto del OOPM del miembro individual podrán aplicarse al monto del OOPM familiar. Cualquier monto que usted pague por los servicios cubiertos para usted que de otro modo se aplicaría a su OOPM individual pero que excede el monto del OOPM mencionado anteriormente para un miembro, le será reembolsado por Inland Empire Health Plan (IEHP) y no se aplicará al OOPM de su familia. Los miembros individuales no pueden pagar más del monto de su OOPM individual al OOPM familiar.
- Le avisaremos cuando haya alcanzado el monto de su OOPM para el año civil. También puede obtener una actualización sobre su acumulación del OOPM si visita el sitio web de IEHP en [www.iehp.org](http://www.iehp.org) o si llama a Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación. Guarde una copia de todos los recibos y cheques cancelados por los costos de los suministros y servicios cubiertos como prueba de los pagos realizados.

### **Atención médica de emergencia o cuidado de urgencia en una sala de emergencias o establecimiento de cuidado de urgencia**

Beneficio	Pago del miembro
Sala de emergencias	Coseguro del 40% sujeto al deducible
Médico de la sala de emergencias	\$0 no sujeto al deducible
Centro o establecimiento de cuidado de urgencia	Copago de \$60 por visita no sujeto al deducible

#### **Excepciones al copago:**

- Si es admitido a un hospital como paciente hospitalizado directamente desde la sala de emergencias, no se aplicará el copago de la sala de emergencias.
- Si recibe atención en un centro de cuidado de urgencia que pertenece y es operado por su Médico de Atención Primaria (*Primary Care Physician*, “PCP”), se aplicará el copago de atención de urgencia.
- Para atención médica de emergencia en una sala de emergencias o centro de cuidado de urgencia, se requiere que pague solo los montos de copago que requiere este plan, como se describe anteriormente.
- Para los servicios del Programa comunitario de emergencias y paramedicina prestados por proveedores fuera de la red, usted pagará los mismos costos compartidos que pagaría por estos servicios prestados por un programa dentro de la red. Los servicios también incluyen un programa de salud móvil integrado y un programa de triaje a destinos alternativos. Se aplicará el costo compartido del proveedor alternativo por estos servicios.

Para los servicios de cuidado de urgencia, usted pagará los costos compartidos del establecimiento de cuidado de urgencia como se describe y es posible que pague costos compartidos adicionales por otros servicios cubiertos prestados durante la consulta de

cuidado de urgencia (por ejemplo, servicios de laboratorio). Consulte la siguiente sección "Servicios de ambulancia" para obtener información sobre el copago de transporte médico de emergencia.

### **Servicios de ambulancia: trastornos médicos, de salud mental y por consumo de sustancias**

<b>Beneficio</b>	<b>Pago del miembro</b>
Ambulancia terrestre	Coseguro del 40% sujeto al deducible
Ambulancia aérea	Coseguro del 40% sujeto al deducible

Para obtener más información sobre la cobertura de los servicios de ambulancia, consulte las partes de "Servicios de ambulancia" de la sección "Beneficios del plan" y la sección "Exclusiones y Limitaciones".

### **Visitas al consultorio**

<b>Beneficio</b>	<b>Pago del miembro</b>
Visita al consultorio del Médico de Atención Primaria ("PCP")	Copago de \$60 por visita no sujeto al deducible
Otro profesional médico (incluye enfermeras con práctica médica, asistentes médicos, fisioterapeutas, terapeutas de acupuntura)	Copago de \$60 por visita no sujeto al deducible
Visita al consultorio de un especialista	Copago de \$95 por visita no sujeto al deducible para las primeras 3 visitas al consultorio no preventivas.  Copago de \$95 por visita sujeto al deducible para las visitas subsiguientes.
Examen de audición para diagnóstico o tratamiento	Copago de \$60 por visita no sujeto al deducible
Visita del médico al domicilio de un miembro (a discreción del médico de acuerdo con las reglas y criterios establecidos por IEHP)	Copago de \$60 por visita no sujeto al deducible
Visita de un especialista al domicilio de un miembro (a discreción del médico de acuerdo con las reglas y criterios establecidos por IEHP)	Copago de \$95 por visita no sujeto al deducible para las primeras 3 visitas al consultorio no preventivas.  Copago de \$95 por visita sujeto a deducible para las visitas subsiguientes

- Se permiten las autorreferencias para los servicios de obstetricia y ginecología, y los

**¿Tiene alguna pregunta?** Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

servicios de atención médica para la salud sexual y reproductiva. (Consulte las secciones "Autorreferencia a obstetra y ginecólogo [OB/GYN]" y "Autorreferencia para Servicios de Atención Médica para la salud reproductiva y sexual" de la sección "Beneficios del Plan").

- La atención médica por violación o agresión sexual, incluida la recolección de pruebas médicas, la atención médica de emergencia y el tratamiento continuo, durante los nueve primeros meses tras el tratamiento inicial, está cubierta sin costo alguno.
- El copago de la consulta con un especialista se aplica a los servicios que realiza un médico de la red que no es su PCP. Cuando su PCP es un especialista, el copago de la visita al consultorio del PCP se aplicará a las visitas al consultorio de rutina de ese médico, excepto como se indica a continuación para ciertos servicios de atención médica preventiva. Consulte "Médico de Cuidado Primario" en la sección "Definiciones" para obtener más información sobre los tipos de médicos que puede elegir como su médico de atención primaria.

### Servicios de atención médica preventiva

Beneficio	Pago del miembro
Servicios de atención médica preventiva	Copago de \$0 no sujeto al deducible

- Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, exámenes físicos preventivos anuales, vacunas, detección y diagnóstico del cáncer de próstata, exámenes médicos preventivos para la mujer, servicios preventivos para el embarazo, kits de pruebas caseras para enfermedades de transmisión sexual (ETS), otros servicios preventivos para mujeres respaldados por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (*Health Resources and Services Administration, HRSA*), apoyo y suministros para la lactancia materna y exámenes preventivos de detección de problemas de visión y audición. Consulte la parte "Servicios de atención médica preventiva" de la sección "Beneficios del plan" para obtener más detalles.
- Si recibe cualquier otro servicio cubierto además de los servicios de atención médica preventiva durante la misma visita, también pagará el copago correspondiente por esos servicios no preventivos.

### Servicios de laboratorio y diagnóstico

Beneficio	Pago del miembro
Servicios de laboratorio	Copago de \$50 por consulta no sujeto al deducible
Servicios de imágenes diagnósticas (incluye las radiografías)	Coseguro del 40% por visita sujeto al deducible
Imágenes diagnósticas avanzadas (tomografía computarizada [ <i>Computerized Tomography, CT</i> ], tomografía computarizada por emisión de fotón único [ <i>Single-Photon Emission Computed Tomography, SPECT</i> ]), imágenes	Coseguro del 40% por visita sujeto al deducible

por resonancia magnética [*Magnetic Resonance Imaging, MRI*], ventriculografía nuclear [*Multigated Acquisition, MUGA*] y tomografía por emisión de positrones [*Positron Emission Tomography, PET*])

#### Inyecciones para alergias, vacunas e inyecciones médicas

Beneficio	Pago del miembro
Pruebas de alergia	Copago de \$95 sujeto al deducible
Suero para alergias	Coseguro del 40% sujeto al deducible
Servicios de inyecciones contra las alergias	Copago de \$60 por visita no sujeto al deducible
Vacunas para fines ocupacionales o viajes al extranjero	No es un beneficio cubierto
Inyecciones médicas (excluyendo las inyecciones para la infertilidad) y medicamentos inyectables en el consultorio (por dosis)	Coseguro del 40% sujeto al deducible

- Consulte "Servicios de atención médica preventiva" para obtener información sobre las vacunas que están cubiertas por el beneficio de servicios preventivos.
- Consulte "Servicios de pruebas de alergia e inmunoterapia" para obtener información sobre los servicios de tratamiento de alergias.

#### Terapia de rehabilitación y habilitación para pacientes ambulatorios

Beneficio	Pago del miembro
Terapia física	Copago de \$60 por visita no sujeto al deducible
Terapia ocupacional	Copago de \$60 por visita no sujeto al deducible
Terapia del habla	Copago de \$60 por visita no sujeto al deducible
Terapia pulmonar	Copago de \$60 por visita no sujeto al deducible
Terapia cardíaca	Copago de \$60 por visita no sujeto al deducible
Terapia de habilitación	Copago de \$60 por visita no sujeto al deducible

- Estos servicios estarán cubiertos cuando sean médicaamente necesarios.
- La cobertura de los servicios de terapia de rehabilitación y habilitación física, ocupacional y del habla está sujeta a ciertas condiciones, como se describe en "Terapia de rehabilitación y habilitación" de la sección "Exclusiones y limitaciones".

#### Servicios de embarazo y maternidad

Beneficio	Pago del miembro
Visitas al consultorio para atención médica preventiva prenatal y posparto	Copago de \$0 por visita no sujeto al deducible

**¿Tiene alguna pregunta?** Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

<b>Beneficio</b>	<b>Pago del miembro</b>
Visita al consultorio para atención médica prenatal y posparto no preventiva	Copago de \$60 por visita no sujeto al deducible
Visita al consultorio para cuidados del recién nacido (desde el nacimiento hasta los 30 días)	Copago de \$60 por visita no sujeto al deducible
Visita médica para la madre o el recién nacido en un hospital	Coseguro del 40% por visita sujeto al deducible
Servicios profesionales para el parto normal, que incluye la cesárea	Coseguro del 40% sujeto al deducible
Otros servicios para el parto normal, que incluye la cesárea	Coseguro del 40% sujeto al deducible
Exámenes genéticos del feto	Copago de \$50 por consulta no sujeto al deducible
Circuncisión del recién nacido (desde el nacimiento hasta los 30 días)	Coseguro del 40% sujeto al deducible

- La atención médica prenatal, posparto y neonatal que son servicios de atención médica preventiva está cubierta en su totalidad. Si se reciben otros servicios que no son de atención médica preventiva durante la misma visita al consultorio, el costo compartido anterior se aplicará a los servicios que no son de atención médica preventiva. Consulte "Servicios de atención médica preventiva" y "Embarazo" en "Beneficios del plan".
- El equipo de salud materna de IEHP ofrece servicios importantes, entre los que se incluye el apoyo para la salud mental. Parte de su cobertura de salud materna incluye pruebas de detección de depresión durante el embarazo y otra dentro de las seis semanas posteriores al parto, podrían hacerse más pruebas según sea clínicamente necesario.
- Los montos de los costos compartidos anteriores se aplican solo a los servicios profesionales que se mencionan. La atención médica que se presta en un hospital o en un entorno de cirugía ambulatoria también está sujeta a los costos compartidos aplicables para pacientes hospitalizados y ambulatorios por servicios profesionales y en el establecimiento. Consulte "Visitas del médico al hospital", "Otros servicios profesionales", "Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados" y "Servicios en establecimientos para pacientes ambulatorios" para determinar cualquier costo compartido adicional que pueda aplicarse.
- Las circuncisiones para los miembros mayores de 31 días de edad están cubiertas cuando son médicamente necesarias como una cirugía ambulatoria. Consulte "Otros servicios profesionales" y "Servicios en establecimientos para pacientes ambulatorios" para conocer los costos compartidos aplicables. En el caso de los hospitales que no dividan los cargos por los servicios en el establecimiento para pacientes hospitalizados y los servicios profesionales para pacientes hospitalizados, se aplica la tarifa del establecimiento para pacientes hospitalizados. Consulte el encabezado "Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados" para determinar los costos compartidos que puedan aplicarse.

**¿Tiene alguna pregunta?** Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

## Servicios profesionales de planificación familiar

Beneficio	Pago del miembro
Esterilización de la mujer	Copago de \$0 no sujeto al deducible
Esterilización del hombre	Copago de \$0 no sujeto al deducible

- La esterilización de las mujeres y los métodos anticonceptivos y el asesoramiento, según las directrices de la HRSA, están cubiertos en esta sección bajo "Servicios de atención médica preventiva".
- Los costos compartidos anteriores se aplican solo a los servicios profesionales. La atención médica que se presta en un hospital o en un entorno de cirugía ambulatoria también está sujeta a los costos compartidos aplicables por servicios en el establecimiento. Consulte los encabezados "Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados" y "Servicios en establecimientos para pacientes ambulatorios" para determinar cualquier costo compartido adicional que pueda aplicarse.
- En el caso de los hospitales que no dividan los cargos por los servicios en el establecimiento para pacientes hospitalizados y los servicios profesionales para pacientes hospitalizados, se aplica la tarifa del establecimiento para pacientes hospitalizados. Consulte el encabezado "Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados" para determinar los costos compartidos adicionales que puedan aplicarse.

## Otros servicios profesionales

Beneficio	Pago del miembro
Cirugía	Coseguro del 40% por visita sujeto al deducible
Asistencia en la cirugía	Coseguro del 40% por visita sujeto al deducible
Visitas del médico al hospital	Coseguro del 40% por visita sujeto al deducible
Administración de anestésicos	Coseguro del 40% por visita sujeto al deducible
Quimioterapia	Coseguro del 40% por visita sujeto al deducible
Radioterapia	Coseguro del 40% por visita sujeto al deducible
Medicina nuclear (uso de materiales radiactivos)	Coseguro del 40% por visita sujeto al deducible
Diálisis renal	Coseguro del 40% por visita sujeto al deducible
Trasplante de órganos, tejidos o células madre	Coseguro del 40% por visita sujeto al deducible
Terapia de infusión en el hogar, ambulatoria o en el consultorio	Coseguro del 40% por visita sujeto al deducible
Cuidado de heridas	Coseguro del 40% por visita sujeto al deducible
Información para pacientes sobre la diabetes, el control de peso y para dejar de fumar	Copago de \$0 no sujeto al deducible

- Los costos compartidos anteriores se aplican solo a los servicios profesionales. La atención médica que se presta en un hospital o en un entorno de cirugía ambulatoria también está sujeta a los costos compartidos aplicables por servicios en el establecimiento. Consulte los encabezados "Servicios hospitalarios para pacientes

**¿Tiene alguna pregunta?** Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

"hospitalizados" y "Servicios en establecimientos para pacientes ambulatorios" para determinar cualquier costo compartido que pueda aplicarse.

- La cirugía incluye la reconstrucción quirúrgica de una lesión del seno por una mastectomía, que comprende la cirugía para restaurar la simetría, además de las prótesis y el tratamiento de las complicaciones físicas en todas las fases de la mastectomía, incluido el linfedema.
- En el caso de los hospitales que no dividan los cargos por los servicios en el establecimiento para pacientes hospitalizados y los servicios profesionales para pacientes hospitalizados, se aplica la tarifa del establecimiento para pacientes hospitalizados. Consulte el encabezado "Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados" para determinar los costos compartidos que puedan aplicarse.
- La asesoría cubierta para la educación sobre la salud para la diabetes, el control de peso y para dejar de fumar, que incluye los programas que se brindan en línea y la asesoría por teléfono, están cubiertos como atención médica preventiva y no tienen costos compartidos. Sin embargo, se aplicará el costo compartido correspondiente si se proporcionan otros servicios médicos que no son únicamente para el propósito de la asesoría cubierta para la educación sobre la salud.

## Material médico

Beneficio	Pago del miembro
Equipo médico duradero, nebulizadores, mascarillas y tubos	Coseguro del 40% sujeto al deducible
Aparatos ortopédicos (como aparatos de férulas, soportes y yesos)	Coseguro del 40% sujeto al deducible
Equipo para diabéticos	Coseguro del 40% sujeto al deducible
Calzado correctivo	Coseguro del 40% sujeto al deducible
Injertos de piel y reemplazo de tejidos	Coseguro del 40% sujeto al deducible
Prótesis (internas o externas)	Coseguro del 40% sujeto al deducible
Prótesis craneales (pelucas)	Coseguro del 40% sujeto al deducible
Sangre o productos sanguíneos, que incluye los factores sanguíneos que no se obtienen a través del beneficio de medicamentos recetados.	Coseguro del 40% sujeto al deducible

- Los dispositivos y suministros para la lactancia materna, según las directrices de la HRSA, están cubiertos bajo la sección "Servicios de atención médica preventiva". Consulte la disposición "Servicios de atención médica preventiva" de la sección "Beneficios del plan" para obtener más detalles.
- IEHP cubre la leche materna donada pasterizada Médicamente Necesaria procedente de un banco de tejidos autorizado por el Departamento de Salud Pública de California, para los bebés que no pueden recibir leche materna de su madre por razones médicas o físicas.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

Este beneficio está disponible tanto para uso hospitalario como doméstico.

- El calzado correctivo médicaamente necesario está cubierto.
- Los suministros para ostomía y urológicos son artículos cubiertos. Consulte la parte "Suministros para ostomía y urología" de la sección "Beneficios del plan".
- Las prótesis craneales (pelucas) después de los servicios de quimioterapia y radioterapia, quemaduras o para los miembros que sufren de alopecia están cubiertas y están sujetas a una peluca por año civil. No se proporcionará ninguna otra cobertura para obtener una peluca. El trasplante de cabello, el análisis de cabello y los postizos no son artículos cubiertos.
- Los medicamentos para el tratamiento de la hemofilia, que incluye los factores sanguíneos, se consideran medicamentos autoinyectables y están cubiertos como un medicamento especializado de nivel 4 según el beneficio de medicamentos recetados.

### Servicios de salud en el hogar

Beneficio	Pago del miembro
Servicios de asistencia médica a domicilio	Coseguro del 40% por visita sujeto al deducible

- Se limita a 100 visitas por año civil.
- La cobertura incluye la administración de medicamentos inyectables en el hogar. Se aplicará un costo adicional por el medicamento inyectable. Para obtener más información, consulte la sección "Beneficio de medicamentos recetados" de la EOC.

### Servicios de hospicio

Beneficio	Pago del miembro
Cuidado de hospicio	Copago de \$0 no sujeto al deducible

### Servicios de hospital para pacientes hospitalizados

Beneficio	Pago del miembro
Alojamiento y comida en una habitación semiprivada o privada o en una unidad de cuidados especiales, que incluye los servicios auxiliares ( adicionales)	Coseguro del 40% sujeto al deducible
Visita del médico de salud mental al hospital, establecimiento de salud del comportamiento o centro de tratamiento residencial	Coseguro del 40% sujeto al deducible
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital, establecimiento de Salud del Comportamiento o centro de tratamiento residencial	Coseguro del 40% sujeto al deducible
Desintoxicación	Coseguro del 40% sujeto al deducible

- El coseguro anterior se aplica solo a los servicios en establecimientos. La atención

médica que se presta en un hospital también está sujeta a los costos compartidos por servicios profesionales. Consulte los encabezados "Servicios de embarazo y maternidad" y "Otros servicios profesionales" para determinar cualquier costo compartido adicional que pueda aplicarse.

- El coseguro anterior para los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados o servicios de unidades de cuidados especiales se aplica a la hospitalización de un miembro adulto, pediátrico o recién nacido. En el caso de una hospitalización para el parto de un recién nacido, el recién nacido no estará sujeto a un coseguro independiente para los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, a menos que el miembro recién nacido requiera la hospitalización en una unidad de cuidados especiales o requiera una estadía de más de 2 días para el parto vaginal o 4 días para una cesárea.

### **Servicios en establecimientos para pacientes ambulatorios**

<b>Beneficio</b>	<b>Pago del miembro</b>
Establecimiento de cirugía ambulatoria (cirugía realizada en un entorno hospitalario ambulatorio o en un centro quirúrgico ambulatorio)	Coseguro del 40% sujeto al deducible
Servicios en establecimientos para pacientes ambulatorios (excepto las cirugías)	Coseguro del 40% sujeto al deducible

- El coseguro anterior se aplica solo a los servicios en establecimientos para pacientes ambulatorios. La atención médica que se presta en un entorno de cirugía ambulatoria también está sujeta al costo compartido por servicios profesionales. Consulte los encabezados "Servicios de embarazo y maternidad", "Planificación familiar" y "Otros servicios profesionales" para determinar cualquier costo compartido adicional que pueda aplicarse.
- Otros servicios profesionales prestados en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital, como una visita a un médico (visita al consultorio), servicios de laboratorio y rayos X, fisioterapia, etc., están sujetos al mismo costo compartido que se requiere cuando estos servicios se realizan en el consultorio de su médico. Consulte los encabezados de los diversos servicios, como visitas al consultorio, rehabilitación y otros servicios profesionales, para determinar cualquier costo compartido adicional que pueda aplicarse.
- Los procedimientos de colonoscopia y sigmoidoscopia (para fines de detección de cáncer colorrectal) estarán cubiertos en la sección anterior "Servicios de atención médica preventiva". Los procedimientos endoscópicos de diagnóstico (excepto la colonoscopia y la sigmoidoscopia de detección) que se realizan en un establecimiento para pacientes ambulatorios requieren el costo compartido aplicable a los servicios en establecimientos para pacientes ambulatorios (excepto las cirugías).

### **Servicios en un centro de enfermería especializada**

<b>Beneficio</b>	<b>Pago del miembro</b>
Alojamiento y comida en una habitación semiprivada o privada con servicios auxiliares ( adicionales)	Coseguro del 40% sujeto al deducible

- Los servicios en un centro de enfermería especializada están limitados a 100 días por año civil para cada miembro.

### **Servicios para trastornos de salud mental y por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios**

<b>Beneficio</b>	<b>Pago del miembro</b>
Visita al consultorio/consulta profesional de pacientes ambulatorios (evaluación psicológica o sesión terapéutica en un consultorio, control de medicamentos y seguimiento de la terapia con medicamentos)	Copago de \$60 por visita no sujeto al deducible
Sesión de terapia de grupo para pacientes ambulatorios	Copago de \$30 por visita no sujeto al deducible
Servicios ambulatorios distintos de una visita al consultorio o consulta profesional (pruebas psicológicas y neuropsicológicas, otros procedimientos ambulatorios, desintoxicación ambulatoria, programa de servicios intensivos para pacientes ambulatorios, tratamiento diurno y hospitalización parcial).	Copago de \$60 por visita no sujeto al deducible
Visita de un profesional de la salud mental al hogar de un miembro	Copago de \$60 por visita no sujeto al deducible

- Cada sesión de terapia de grupo cuenta como la mitad de una visita al consultorio privada para cada miembro que participa en la sesión.
- Las visitas para pacientes hospitalizados por profesionales de la salud mental de la red de servicios que no sean médicos están incluidas en la tarifa del centro de servicios para pacientes hospitalizados.
- Si dos o más miembros de la misma familia acuden a la misma sesión de tratamiento ambulatorio, solo se aplicará un copago.
- La cobertura incluye servicios que se obtienen de la línea directa para casos de crisis 988 o 988lifeline.org. El costo compartido de cualquier servicio fuera de la red que proporcione un centro o equipo para casos de crisis móvil 988 u otros servicios para casos de crisis de salud del comportamiento será igual que el de los costos compartidos de la red de servicios anteriores. Usted no es responsable de ningún monto adicional a

**¿Tiene alguna pregunta?** Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

los servicios ambulatorios dentro de la red incluidos. Comuníquese con IEHP si le facturan algún monto por servicios del 988 adicionales a los costos compartidos.

También puede comunicarse con el Departamento de Administración de Servicios Médicos de California al 1-888-466-2219 (TTY 1-877-688-9891 o 711).

- Este plan incluye cobertura para el trastorno neuropsiquiátrico autoinmune pediátrico asociado con infecciones estreptocócicas (*Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated with Streptococcal Infections, PANDAS*) y el síndrome neuropsiquiátrico pediátrico de inicio agudo (*Pediatric Acute-onset Neuropsychiatric Syndrome, PANS*). Para obtener más información, consulte la disposición "Trastornos de salud mental y por consumo de sustancias" en la sección "Beneficios del plan".

## Medicamentos recetados

<b>Beneficio de farmacias de venta al menudeo (suministro de hasta 30 días)</b>	<b>Pago del miembro</b>
Medicamentos de nivel 1 (la mayoría de los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca preferidos de bajo costo)	Copago de \$20 por receta médica no sujeto al deducible de farmacia
Medicamentos de Nivel 2 (medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos)	Coseguro del 40% hasta \$500 por receta médica sujeto al deducible de farmacia
Medicamentos de nivel 3 (medicamentos de marca no preferidos)	Coseguro del 40% hasta \$500 por receta médica sujeto al deducible de farmacia
Nivel 4 (medicamentos especializados)	Coseguro del 40% hasta \$500 por receta médica sujeto al deducible de farmacia
Medicamentos preventivos y medicamentos esenciales para la salud	\$0 no sujeto al deducible de farmacia

<b>Beneficio de farmacia con servicio de entrega por correo para medicamentos de mantenimiento en la Lista de Medicamentos Cubiertos (suministro de hasta 100 días)</b>	<b>Pago del miembro</b>
Medicamentos de Nivel 1 (la mayoría de los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca preferidos de bajo costo)	Copago de \$40 por receta médica no sujeto al deducible de farmacia
Medicamentos de Nivel 2 (medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos)	Coseguro del 40% hasta \$1,000 por receta médica sujeto al deducible de farmacia

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

Medicamentos de nivel 3 (medicamentos de marca no preferidos)	Coseguro del 40% hasta \$1,000 por receta médica sujeto al deducible de farmacia
Medicamentos preventivos y medicamentos esenciales para la salud	\$0 no sujeto al deducible de farmacia

- Los copagos anteriores se aplican a los medicamentos en la Lista de Medicamentos Cubiertos. Los medicamentos que no están incluidos en la Lista de Medicamentos Cubiertos están cubiertos como excepción y se aplicarán los copagos del nivel 3.
- Se le cobrará un costo compartido por medicamento recetado. Si el precio de venta al menudeo de la farmacia o del administrador del servicio de entrega por correo es menor que el costo compartido aplicable, el miembro solo pagará el precio de venta al menudeo de la farmacia o el precio de venta al menudeo del administrador del servicio de entrega por correo. Usted pagará el monto menor de lo siguiente:
  - El Copago o Coseguro del beneficio de farmacia descrito antes; o
  - El precio de venta al menudeo de la farmacia; o
  - 50 por ciento del costo del Medicamento Recetado de IEHP; o
  - \$250 para medicamentos oncológicos orales
- Su responsabilidad financiera por los medicamentos recetados que están cubiertos varía según el tipo de medicamento surtido. Para obtener una descripción completa de los beneficios, exclusiones y limitaciones de los medicamentos recetados, consulte la parte de "Medicamentos recetados" de las secciones "Beneficios del plan" y "Exclusiones y limitaciones".
- El coseguro se basará en la tarifa de farmacia contratada por IEHP.
- Independientemente del nivel de medicamento recetado, los medicamentos genéricos se surtirán cuando haya un medicamento genérico equivalente disponible. IEHP cubrirá los medicamentos de marca, que incluyen los medicamentos especializados, que tengan equivalentes genéricos solo cuando el medicamento de marca sea médicalemente necesario y el médico obtenga la autorización previa de IEHP. Si un medicamento de marca tiene un equivalente genérico, usted pagará el costo compartido más bajo que se aplicaría para el medicamento de marca, ya sea que tanto el equivalente genérico como el medicamento de marca estén o no en la Lista de Medicamentos Cubiertos.
- Puede ser necesaria una autorización previa. Consulte parte "Medicamentos recetados" de la sección "Beneficios del plan" para obtener una descripción de los requisitos de autorización previa o visite nuestro sitio web en [www.iehp.org](http://www.iehp.org) para obtener una lista de medicamentos que requieren autorización previa.
- Es posible que se requieran medicamentos especializados por medio de un proveedor de farmacia especializada. Los copagos de medicamentos especializados de nivel 4 incluirán medicamentos especializados que no están en la Lista de Medicamentos Cubiertos y que están cubiertos como excepción.
- Los medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral tendrán un copago máximo

**¿Tiene alguna pregunta?** Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

de \$250 para una receta individual de hasta un suministro de 30 días y se proporcionarán de acuerdo con el nivel de atención adecuado para ese medicamento.

### Servicios de la vista pediátricos

Beneficio	Pago del miembro
Examen de la vista de rutina con dilatación	Copago de \$0 no sujeto al deducible
Examen para lentes de contacto (ajuste de lentes y seguimiento)	Copago de \$0 no sujeto al deducible
Armazones y lentes estándar (un par cada 12 meses)	Copago de \$0 no sujeto al deducible
Lentes de contacto estándar y premium en lugar de lentes para anteojos	Copago de \$0 no sujeto al deducible
Pruebas y equipo de baja visión (examen cada 5 años)	Copago de \$0 no sujeto al deducible

- Los servicios de la vista pediátricos están cubiertos hasta el último día del mes en que el miembro cumpla diecinueve años.
- Todos los servicios cubiertos deben ser proporcionados por un proveedor de servicios de la vista de la red de servicios de IEHP. Su proveedor de la red de servicios solicitará sus materiales a un fabricante de lentes de la red de servicios. Los pedidos de armazones y lentes que no se realicen con un proveedor de la red de servicios no están cubiertas. Consulte la parte "Servicios de la vista pediátricos" de la sección "Exclusiones y limitaciones" para obtener información sobre la limitación de los servicios de la vista pediátricos cubiertos.
- Se limita a un examen completo de la vista una vez cada año civil.
- El examen para lentes de contacto es adicional al examen de la vista del miembro. No hay un copago adicional para hasta dos visitas de seguimiento para lentes de contacto después del examen de ajuste inicial.
- Los beneficios no pueden combinarse con descuentos, ofertas promocionales u otros planes de beneficios de grupo. Las asignaciones son beneficios de un solo uso. No hay saldo restante.
- La cobertura incluye lentes para anteojos estándar de plástico o vidrio (monofocales, bifocales, trifocales, lenticulares) y mejoras de lentes estándar (policarbonato resistente a los impactos, recubrimiento ultravioleta, a prueba de rayaduras y lentes progresivos).
- Los armazones estándar o los lentes de contacto estándar y premium tienen un beneficio máximo de \$150. Usted es responsable de los costos superiores a \$150.
- Los lentes de contacto estándar incluyen lentes de contacto duros o blandos, esféricos y de uso diario. Los lentes de contacto premium incluyen lentes de contacto tóricos, bifocales, multifocales, cosméticos de color, posquirúrgicos y permeables al gas. Hay un beneficio máximo de \$60 para los lentes de contacto premium.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

- Se cubre un dispositivo de baja visión por año civil.

### Servicios dentales pediátricos

Beneficio	Pago del miembro
Servicios de diagnóstico y prevención: examen bucal, limpieza preventiva y radiografías, selladores por diente, aplicación tópica de flúor, mantenedores de espacio fijos	Copago de \$0 no sujeto al deducible
Servicios básicos: procedimientos de restauración, servicios de mantenimiento periodontal	Consulte el Resumen de beneficios dentales y la tabla de copagos dentales para 2026.
Servicios principales: coronas, colados, endodoncia, periodoncia que no sea de mantenimiento, prostodoncia, cirugía oral	Consulte el Resumen de beneficios dentales y la tabla de copagos dentales para 2026.
Ortodoncia infantil: ortodoncia médica mente necesaria	Copago de \$1,000 no sujeto al deducible

- Los servicios dentales pediátricos están cubiertos hasta el último día del mes en que el miembro cumpla diecinueve años.
- Todos los servicios cubiertos deben ser proporcionados por un proveedor de servicios dentales de la red de servicios de IEHP. Consulte el "Resumen de Beneficios Dentales" para obtener información detallada sobre los beneficios y las limitaciones de los servicios dentales pediátricos cubiertos.
- Si compró un plan complementario de beneficios dentales pediátricos por separado, los beneficios dentales pediátricos cubiertos por este plan se pagarán primero, y el plan complementario de beneficios dentales pediátricos cubrirá los servicios no cubiertos y los costos compartidos, como se describe en el documento de cobertura de su plan complementario de beneficios dentales pediátricos.
- Un proveedor dental de la red de servicios puede cobrarle su tarifa usual por los servicios dentales que no son servicios cubiertos por este plan. Antes de prestar estos servicios, el dentista divulgará los servicios que se prestarán y el costo estimado de cada servicio.

### Servicios de acupuntura

Beneficio	Pago del miembro
Examen para pacientes nuevos	Copago de \$60 por visita no sujeto al deducible
Cada visita subsiguiente	Copago de \$60 por visita no sujeto al deducible
Visita para un nuevo examen	Copago de \$60 por visita no sujeto al deducible
Segunda opinión	Copago de \$60 por visita no sujeto al deducible

- IEHP tiene un contrato con American Specialty Health Plans of California, Inc. ("ASH Plans") para proporcionar beneficios de acupuntura. Puede seleccionar un acupunturista de la red de servicios del directorio de acupunturistas contratados de los planes de ASH.

**¿Tiene alguna pregunta?** Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

- Si la reevaluación ocurre durante una visita subsiguiente, solo se requerirá un copago.

Los servicios de acupuntura, que suelen prestarse solo para el tratamiento de las náuseas o como parte de un programa integral de control del dolor para el tratamiento del dolor crónico, están cubiertos cuando es médicaamente necesario.