

2026

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

### Plan Platinum 90 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      | \$0 |
| Deducible médico, por familia      | \$0 |
|                                    |     |
| Deducible de farmacia, por miembro | \$0 |

---

**¿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).

|                                    |     |
|------------------------------------|-----|
| Deducible de farmacia, por familia | \$0 |
|------------------------------------|-----|

- El deducible por año civil es obligatorio para ciertos 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 | \$5,000  |
| OOPM, por familia | \$10,000 |

- 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 alcance individualmente el OOPM individual.
- Si los montos de los suministros y servicios cubiertos pagados por todos los miembros

---

**¿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).

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 exceda 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.

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

| <b>Beneficio</b>                                | <b>Pago del miembro</b>      |
|-------------------------------------------------|------------------------------|
| Sala de emergencias                             | Copago de \$175 por consulta |
| Médico de la sala de emergencias                | Copago de \$0                |
| Centro o establecimiento de cuidado de urgencia | Copago de \$15 por consulta  |

#### **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.

---

**¿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).

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 | Copago de \$150 por transporte |
| Ambulancia aérea     | Copago de \$150 por transporte |

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 Cuidado Primario ("PCP")                                                                               | Copago de \$15 por consulta |
| Otro profesional médico (incluye enfermeras con práctica médica, asistentes médicos, fisioterapeutas, terapeutas de acupuntura)            | Copago de \$15 por consulta |
| Visita al consultorio de un especialista                                                                                                   | Copago de \$30 por consulta |
| Examen de audición para diagnóstico o tratamiento                                                                                          | Copago de \$15 por consulta |
| Visita del médico al domicilio de un miembro (a discreción del médico de acuerdo con las reglas y criterios establecidos por IEHP)         | Copago de \$15 por consulta |
| 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 \$30 por consulta |

---

**¿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 permiten las autorreferencias para los servicios de obstetricia y ginecología, y los 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 | \$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 \$15 por consulta |
| Servicios de imágenes diagnósticas (incluye las radiografías)                                                                                                                            | Copago de \$30 por consulta |
| Imágenes diagnósticas avanzadas (tomografía computarizada [ <i>Computerized Tomography, CT</i> ], tomografía computarizada por emisión de fotón único [ <i>Single-Photon Emission</i> ]) | Copago de \$75 por consulta |

¿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).

|                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <i>Computed Tomography, SPECT</i> ], imágenes por resonancia magnética [ <i>Magnetic Resonance Imaging, MRI</i> ], ventriculografía nuclear [ <i>Multigated Acquisition, MUGA</i> ] y tomografía por emisión de positrones [ <i>Positron Emission Tomography, PET</i> ]) |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

### Inyecciones para alergias, vacunas e inyecciones médicas

| Beneficio                                                                                                                      | Pago del miembro            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Pruebas de alergia                                                                                                             | Copago de \$30              |
| Suero para alergias                                                                                                            | Coseguro del 10%            |
| Servicios de inyecciones contra las alergias                                                                                   | Copago de \$15 por consulta |
| 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 10%            |

- 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 \$15 por consulta |
| Terapia ocupacional     | Copago de \$15 por consulta |
| Terapia del habla       | Copago de \$15 por consulta |
| Terapia pulmonar        | Copago de \$15 por consulta |
| Terapia cardíaca        | Copago de \$15 por consulta |
| Terapia de habilitación | Copago de \$15 por consulta |

- Estos servicios estarán cubiertos cuando sean médicamente 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".

---

**¿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 embarazo y maternidad

| Beneficio                                                                                     | Pago del miembro            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Visitas al consultorio para atención médica preventiva prenatal y posparto                    | Copago de \$0 por consulta  |
| Visita al consultorio para atención médica prenatal y posparto no preventiva                  | Copago de \$15 por consulta |
| Visita al consultorio para cuidados del recién nacido (desde el nacimiento hasta los 30 días) | Copago de \$15 por consulta |
| Visita médica para la madre o el recién nacido en un hospital                                 | Copago de \$0               |
| Servicios profesionales para el parto normal, que incluye la cesárea                          | Copago de \$0               |
| Otros servicios para el parto normal, que incluye la cesárea                                  | Copago de \$0               |
| Exámenes genéticos del feto                                                                   | Copago de \$15 por consulta |
| Circuncisión del recién nacido (desde el nacimiento hasta los 30 días)                        | Copago de \$0               |

- 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

---

**¿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).

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.

### Servicios profesionales de planificación familiar

| Beneficio                  | Pago del miembro |
|----------------------------|------------------|
| Esterilización de la mujer | Copago de \$0    |
| Esterilización del hombre  | Copago de \$0    |

- La esterilización de las mujeres y los métodos anticonceptivos y el asesoramiento para mujeres, 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 paciente ambulatorio | Pago del paciente hospitalizado |
|--------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Cirugía                                          | Copago de \$20                | Copago de \$0                   |
| Asistencia en la cirugía                         | Copago de \$20                | Copago de \$0                   |
| Visitas del médico al hospital                   | Copago de \$20                | Copago de \$0                   |
| Administración de anestésicos                    | Copago de \$20                | Copago de \$0                   |
| Quimioterapia                                    | Coseguro del 10%              | Copago de \$0                   |
| Radioterapia                                     | Coseguro del 10%              | Copago de \$0                   |
| Medicina nuclear (uso de materiales radiactivos) | Coseguro del 10%              | Copago de \$0                   |
| Díalisis renal                                   | Coseguro del 10%              | Copago de \$0                   |
| Trasplante de órganos, tejidos o células madre   | Coseguro del 10%              | Copago de \$0                   |

---

**¿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 paciente ambulatorio</b> | <b>Pago del paciente hospitalizado</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|
| Terapia de infusión en el hogar, ambulatoria o en el consultorio                       | Coseguro del 10%                     | Copago de \$0                          |
| Cuidado de heridas                                                                     | Copago de \$20                       | Copago de \$0                          |
| Información para pacientes sobre la diabetes, el control de peso y para dejar de fumar | Copago de \$0                        | Copago de \$0                          |

- 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 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**

| <b>Beneficio</b>                                                     | <b>Pago del miembro</b> |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Equipo médico duradero, nebulizadores, mascarillas y tubos           | Coseguro del 10%        |
| Aparatos ortopédicos (como aparatos de ortodoncia, soportes y yesos) | Coseguro del 10%        |
| Equipo para diabéticos                                               | Coseguro del 10%        |
| Calzado correctivo                                                   | Coseguro del 10%        |

**¿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> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Injertos de piel y reemplazo de tejidos                                                                                                 | Coseguro del 10%        |
| Prótesis (internas o externas)                                                                                                          | Coseguro del 10%        |
| Prótesis craneales (pelucas)                                                                                                            | Coseguro del 10%        |
| Sangre o productos sanguíneos, que incluye los factores sanguíneos que no se obtienen a través del beneficio de medicamentos recetados. | Coseguro del 10%        |

- 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 pasteurizada Medicamento 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. Este beneficio está disponible tanto para uso hospitalario como doméstico.
- El calzado correctivo médicamente 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**

| <b>Beneficio</b>                           | <b>Pago del miembro</b>     |
|--------------------------------------------|-----------------------------|
| Servicios de asistencia médica a domicilio | Copago de \$20 por consulta |

- 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**

| <b>Beneficio</b>    | <b>Pago del miembro</b> |
|---------------------|-------------------------|
| Cuidado de hospicio | Copago de \$0           |

**¿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 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) | Copago de \$225 por día, hasta 5 días |
| Visita del médico de salud mental al hospital, establecimiento de salud del comportamiento o centro de tratamiento residencial                          | Copago de \$225 por día, hasta 5 días |
| Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital, establecimiento de Salud del Comportamiento o centro de tratamiento residencial                 | Copago de \$225 por día, hasta 5 días |
| Desintoxicación                                                                                                                                         | Copago de \$225 por día, hasta 5 días |

- 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

| Beneficio                                                                                                                               | Pago del miembro |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Establecimiento de cirugía ambulatoria (cirugía realizada en un entorno hospitalario ambulatorio o en un centro quirúrgico ambulatorio) | Copago de \$75   |
| Servicios en establecimientos para pacientes ambulatorios (excepto las cirugías)                                                        | Copago de \$75   |

- 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

---

**¿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).

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) | Copago de \$125 por día, hasta 5 días |

- 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 para pacientes ambulatorios (evaluación psicológica o sesión terapéutica en un consultorio, control de medicamentos y seguimiento de la terapia con medicamentos)                                                                                                 | Copago de \$15 por consulta   |
| Sesión de terapia de grupo para pacientes ambulatorios                                                                                                                                                                                                                                                       | Copago de \$7.50 por consulta |
| 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 \$15 por consulta   |

---

**¿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).

| Beneficio                                                          | Pago del miembro            |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Visita de un profesional de la salud mental al hogar de un miembro | Copago de \$15 por consulta |

- 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 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

| Beneficio de farmacias de venta al menudeo (suministro de hasta 30 días)                                                | Pago del miembro          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Medicamentos de Nivel 1 (la mayoría de los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca preferidos de bajo costo) | Copago de \$9 por receta  |
| Medicamentos de Nivel 2 (medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos)                       | Copago de \$16 por receta |
| Medicamentos de nivel 3 (medicamentos de marca no preferidos)                                                           | Copago de \$25 por receta |

¿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 de farmacias de venta al menudeo (suministro de hasta 30 días)</b> | <b>Pago del miembro</b>                        |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Nivel 4 (medicamentos especializados)                                           | Coseguro del 10% hasta \$250 por receta médica |
| Medicamentos preventivos y medicamentos esenciales para la salud                | Copago de \$0 por receta                       |

| <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 \$18 por receta |
| Medicamentos de Nivel 2 (medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos)                                                                       | Copago de \$32 por receta |
| Medicamentos de nivel 3 (medicamentos de marca no preferidos)                                                                                                           | Copago de \$50 por receta |
| Medicamentos preventivos y medicamentos esenciales para la salud                                                                                                        | Copago de \$0 por receta  |

- 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

---

**¿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 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 médicamente 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 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    |
| Examen para lentes de contacto (ajuste de lentes y seguimiento)        | Copago de \$0    |
| Armazones y lentes estándar (un par cada 12 meses)                     | Copago de \$0    |
| Lentes de contacto estándar y prémium en lugar de lentes para anteojos | Copago de \$0    |
| Pruebas y equipo de baja visión (examen cada 5 años)                   | Copago de \$0    |

- 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

---

**¿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).

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.
- 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                                                                        |
| 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 médicamente 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.

---

**¿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).

- 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 \$15 por consulta |
| Cada visita subsiguiente     | Copago de \$15 por consulta |
| Visita para un nuevo examen  | Copago de \$15 por consulta |
| Segunda opinión              | Copago de \$15 por consulta |

- 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.
- 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 médicamente necesario.

---

**¿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).