
2027

Krapf Group

Guía de Inscripción de Empleados



Medical Plan Benefit



MEC	
Beneficios cubiertos	
Deducible (individual/familiar)	\$0/\$0
Coaseguro (parte de los empleados)	100%
Máximo de gastos de bolsillo (individual/familiar)	\$0/\$0
Red PPO	Solución de Acceso Abierto*
Cuidado preventivo/ Proyección/ Inmunización (MEC)	Cubre el 100 % de los beneficios preventivos y de bienestar enumerados por el gobierno
RealTime Telemed	
Telemedicina	NO
TeleVet	NO
Geo Fencing Rx	NO
Salud conductual en tiempo real	NO
Programa de Transparencia de Opciones en Tiempo Real	NO
Life Guides	Acceso ilimitado
New Edge Health	Acceso ilimitado a GLP-1 @ Precios exclusivos para miembros de KeySolution
Los Beneficios de indemnización totalmente asegurados	
Beneficio de indemnización diaria para pacientes hospitalizados	NO
Beneficio de indemnización diaria de cirugía y anestesia en pacientes	NO
Beneficio de indemnización diaria por cirugía y anestesia para pacientes ambulatorios	NO
Beneficio de indemnización diaria por cita ambulatorias en consultorio del médico	NO
Beneficio de indemnización diaria por visita a la sala de emergencias *cubre enfermedades y accidentes	NO
Seguro de Vida Colectivo a Terminio	NO

Resumen de prestaciones MEC

Esta lista resume algunos servicios, pero no todos. Consulte la lista completa en el sitio web del US Preventive Services Task Force.

Servicios preventivos cubiertos para adultos (a partir de 18 años)

1. Detección única de aneurisma de aorta abdominal para personas de 65 a 75 años
2. Detección y consejería sobre el consumo de riesgo de alcohol o drogas
3. Detección de ansiedad en adultos
4. Uso de aspirina en adultos de 50 a 59 años para prevenir enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal, siempre que sea recetado por un médico
5. Detección de presión arterial para todos los adultos
6. Detección de colesterol en adultos
7. Detección de cáncer colorrectal en adultos a partir de los 45 años y hasta los 75 años. Esto no incluye las pruebas Cologuard o de FIT-ADN. Las pruebas Cologuard o de FIT-ADN no están cubiertas por el Plan.
8. Detección de depresión en adultos
9. Detección de diabetes tipo 2 en adultos
10. Consejería nutricional para adultos
11. Prevención de caídas, que incluye fisioterapia para prevenir caídas en personas de 65 años o más que viven en la comunidad
12. Detección de hepatitis B en adultos
13. Detección de hepatitis C para adultos con alto riesgo y una prueba única para todas las personas de entre 18 y 79 años
14. Detección de VIH para todos los adultos
15. Vacunas de inmunización para adultos: covid-19, hepatitis A, hepatitis B, herpes zóster, virus del papiloma humano (VPH), influenza (vacuna contra la gripe), sarampión, paperas, rubéola, meningococo, viruela del mono, neumococo, virus sincitial respiratorio (VSR), tétanos, difteria, tos ferina y varicela
16. Detección de cáncer de pulmón para adultos de 50 a 80 años con alto riesgo debido a un consumo de tabaco de 20 paquetes al año (o que hayan dejado de fumar en los últimos 15 años)
17. Detección y consejería sobre la obesidad para todos los adultos
18. Detección y consejería de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) para adultos
19. Consejería conductual sobre el cáncer de piel para adultos de hasta 24 años con tez clara
20. Detección, consejería e intervenciones de cesación del consumo de tabaco para todos los adultos
21. Detección de sífilis para todos los adultos
22. Detección de infección por tuberculosis latente para todos los adultos
23. Medicamento preventivo con estatinas para adultos de 40 a 75 años sin antecedentes de enfermedad cardiovascular, con uno o más factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y un riesgo calculado de evento de enfermedad cardiovascular a 10 años del 10% o más

24. Prevención de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): Profilaxis preexposición (PrEP) para personas consideradas en alto riesgo de contraer el VIH según las pautas del USPSTF sobre la identificación de personas en alto riesgo. El USPSTF recomienda que se considere la PrEP para las siguientes personas: 1) hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, son sexualmente activos y presentan una de las siguientes características: (a) una pareja sexual serodiscordante (es decir, en una relación sexual con una pareja que vive con el VIH), (b) uso inconsistente de preservativos durante el sexo anal receptivo o insertivo, o (c) una infección de transmisión sexual (ITS) por sífilis, gonorrea o clamidia en los últimos 6 meses; 2) mujeres y hombres heterosexuales sexualmente activos que presenten una de las siguientes características: (a) una pareja sexual serodiscordante (es decir, en una relación sexual con una pareja que vive con el VIH), (b) uso inconsistente de preservativos durante las relaciones sexuales con una pareja cuyo estado de VIH es desconocido y que tiene un alto riesgo (es decir, una persona que se inyecta drogas o un hombre que tiene relaciones sexuales con hombres y mujeres), o (c) una ITS por sífilis o gonorrea en los últimos 6 meses; y 3) personas que se inyectan drogas y presentan una de las siguientes características: (a) uso compartido de equipos de inyección de drogas o (b) riesgo de adquisición sexual del VIH (ver arriba). Es importante señalar que los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las personas heterosexuales sexualmente activas no se consideran de alto riesgo si mantienen una relación mutuamente monógama con una pareja que recientemente haya dado negativo en la prueba del VIH. Además, todas las personas a las que se considere para la PrEP deben tener un resultado negativo documentado recientemente en la prueba del VIH. Se requiere autorización previa. Si tiene preguntas sobre el proceso de autorización previa, comuníquese con el supervisor del Plan. Los siguientes servicios adicionales están cubiertos cuando se proporcionan para evaluar si se debe iniciar/reiniciar la PrEP o mantener a una persona con los medicamentos de la PrEP:

- Prueba del VIH: antes de iniciar la PrEP o al comienzo de esta, y cada 3 meses mientras se tome el medicamento.
- Prueba de hepatitis B: antes de iniciar la PrEP o al comienzo de esta.
- Prueba de hepatitis C: antes de iniciar la PrEP o al comienzo de esta, y posteriormente.
- Prueba de creatinina: al comienzo de la PrEP y mientras se esté en tratamiento.
- Cálculos de eCrCl (aclaramiento de creatinina estimado) o de eGFR (tasa de filtración glomerular estimada): al comienzo de la PrEP y mientras se esté en tratamiento.
- Prueba de embarazo: para personas con potencial de engendrar, al comienzo de la PrEP y mientras se esté en tratamiento.
- Detección y consejería de ITS: al comienzo de la PrEP y mientras se esté en tratamiento. Incluye la prueba de sífilis, así como pruebas en múltiples sitios anatómicos para la detección de gonorrea y clamidia.
- Consejería de adherencia al tratamiento: de forma "regular".
- Consultas médicas asociadas a cada uno de los servicios anteriores, siempre que el servicio (a) no se facture por separado de la consulta médica y (b) el propósito principal de la consulta sea la prestación del servicio recomendado.

El Plan cubre los servicios relacionados con la PrEP con una frecuencia que sea consistente con las directrices de los CDC.

Servicios preventivos cubiertos para mujeres, incluidas las embarazadas

1. Detección de anemia de forma rutinaria para mujeres embarazadas
2. Uso de aspirina para mujeres embarazadas con alto riesgo de preeclampsia
3. Detección de bacteriuria, infecciones del tracto urinario u otras infecciones para mujeres embarazadas
4. Consejería y pruebas genéticas de BRCA para mujeres con mayor riesgo
5. Detección de cáncer de mama mediante mamografía cada 1 o 2 años para mujeres de 40 años o más, lo que incluye detecciones adicionales (por ejemplo, otra mamografía, una resonancia magnética o una ecografía) y evaluaciones de detección de patología diagnóstica según sea necesario para completar el proceso de detección
6. Consejería sobre quimioprevención del cáncer de mama, así como pruebas y medicamentos para el cáncer de mama para mujeres con mayor riesgo de desarrollar esta enfermedad
7. Apoyo integral y consejería sobre la lactancia materna por parte de proveedores capacitados, así como acceso a suministros de lactancia para mujeres embarazadas y lactantes
8. Detección de cáncer de cuello uterino
9. Detección de infección por clamidia
10. Anticoncepción: para mujeres adolescentes y adultas, métodos anticonceptivos aprobados, autorizados o validados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (incluido durante el periodo posparto), procedimientos de esterilización, así como detección, educación, consejería y atención de seguimiento para la paciente (lo que incluye el control, la evaluación y los cambios de método, así como la colocación, continuación e interrupción del anticonceptivo); no incluye fármacos abortivos
11. Detección de diabetes para mujeres con antecedentes de diabetes gestacional que no se encuentren embarazadas actualmente y a las que no se les haya diagnosticado previamente diabetes tipo 2
12. Detección y consejería sobre violencia doméstica e interpersonal para todas las mujeres
13. Suplementos de ácido fólico para mujeres con posibilidad de quedar embarazadas, siempre que sean recetados por un médico

14. Detección de diabetes gestacional
15. Detección de gonorrea para todas las mujeres
16. Detección de hepatitis B para mujeres embarazadas
17. Detección y consejería sobre el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
18. Prueba de ADN del virus del papiloma humano (VPH): prueba de ADN del VPH cada tres años para mujeres de 30 años o más con resultados de citología normales
19. Detección de osteoporosis para personas de 65 años o más y mujeres posmenopáusicas con mayor riesgo
20. Detección de hipertensión en mujeres embarazadas mediante mediciones de la presión arterial a lo largo de todo el embarazo
21. Consultas prenatales de rutina para mujeres embarazadas
22. Detección de incompatibilidad Rh para todas las mujeres embarazadas y pruebas de seguimiento
23. Detección e intervenciones sobre el consumo de tabaco para todas las mujeres y consejería ampliada para embarazadas que consumen tabaco
24. Consejería sobre infecciones de transmisión sexual (ITS)
25. Detección de sífilis
26. Detección de incontinencia urinaria
27. Consultas de control para la salud de la mujer (consultas de well-woman) para la obtención de los servicios preventivos recomendados
28. Intervenciones de consejería sobre la depresión perinatal para personas embarazadas y en periodo posparto que se encuentren en situación de riesgo
29. Detección de ansiedad en mujeres adolescentes y adultas, lo que incluye, entre otras, a aquellas que están embarazadas o en periodo posparto
30. Intervenciones de consejería conductual sobre el peso saludable y el aumento de peso en el embarazo para personas embarazadas

Servicios cubiertos para niños

1. Evaluaciones del consumo de alcohol y drogas
2. Detección de ansiedad en niños y adolescentes de 8 a 18 años
3. Detección de autismo para niños, limitado a dos evaluaciones hasta los 24 meses
4. Evaluaciones conductuales para niños, limitado a 5 evaluaciones hasta los 17 años
5. Detección de la concentración de bilirrubina para recién nacidos
6. Análisis de sangre (tamizaje) para recién nacidos
7. Detección de presión arterial
8. Detección de displasia cervical
9. Detección de hipotiroidismo congénito para recién nacidos
10. Detección de depresión para adolescentes de 12 años o más
11. Detección del desarrollo para niños menores de 3 años y monitoreo constante durante toda la infancia
12. Detección de dislipidemia para niños
13. Quimioprevención con fluoruro, que incluye suplementos para niños cuya fuente de agua no contenga fluoruro (siempre que sean recetados por un médico) y barniz de fluoruro en los dientes de leche hasta los 5 años
14. Medicamento preventivo contra la gonorrea para los ojos de todos los recién nacidos
15. Detección de problemas auditivos para todos los recién nacidos y 3 evaluaciones adicionales en edades periódicas hasta los 21 años
16. Mediciones de estatura, peso e índice de masa corporal (IMC) para niños
17. Detección de anemia para niños
18. Detección de hemoglobinopatías o anemia falciforme para recién nacidos
19. Detección de hepatitis B para adolescentes

20. Detección de VIH para adolescentes
21. Vacunas de inmunización para niños desde el nacimiento hasta los 18 años (las dosis, las edades recomendadas y las poblaciones recomendadas varían): covid-19, difteria, tétanos, tos ferina, Haemophilus influenzae tipo b, hepatitis A, hepatitis B, virus del papiloma humano (VPH), polio inactivada, influenza (vacuna contra la gripe), sarampión, paperas, rubéola, meningococo, neumococo, virus sincitial respiratorio (VSR), rotavirus y varicela
22. Suplementos de hierro para niños de 6 a 12 meses, siempre que sean recetados por un médico
23. Detección de plomo para niños
24. Detección de depresión materna para madres de lactantes en las consultas de los 1, 2, 4 y 6 meses
25. Historial médico para todos los niños a lo largo de las etapas del desarrollo: de 0 a 11 meses, de 1 a 4 años, de 5 a 10 años, de 11 a 14 años y de 15 a 17 años
26. Detección y consejería sobre la obesidad
27. Evaluación de riesgo de salud bucal para niños pequeños hasta los 10 años
28. Detección de fenilcetonuria (PKU) en recién nacidos
29. Detección y consejería de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) para adolescentes
30. Consejería conductual sobre el cáncer de piel para adolescentes de 10 años o más con tez clara
31. Detección de sífilis para adolescentes
32. Detección, consejería e intervenciones sobre el consumo de tabaco para prevenir el inicio del tabaquismo
33. Prueba de tuberculina para niños
34. Detección de problemas de la vista para todos los niños

Empieza a Usar LifeGuides®

¡LifeGuides es gratuito, confidencial
y apoya tu bienestar!



Más informal que
terapia, más calificado
que un amigo.™

Crece y Prospera en 3 Sencillos Pasos:

- 1 Elige entre más de 400 temas sobre el Crecimiento Personal, Desarrollo Profesional, Aprendizaje Permanente y Retos de Vida.



Bienestar
Emocional & Estrés



Crecimiento,
Propósito &
Prosperidad



Cuerpo
Saludable



Vida Laboral
& Liderazgo



Vida en el Hogar &
Relaciones



Cómo Afrontar
una Enfermedad



Identidad, Pertenencia &
Comunidad



Servicio Militar
& Veteranos



Discapacidades &
Vivir Plenamente



Padres Ayudando
a Padres



Cuidando a
Cuidadores



Encontrar Paz en un
Mundo Polarizado

- 2 Examina los perfiles de los Guías y conecta con un Guía basado en las experiencias de vida compartidas, pasados similares, alineación de personalidad, etc.
- 3 Programa tu sesión con un Guía y conéctate por vídeo, teléfono o chat.



app.lifeguides.com/kba

¿Necesitas ayuda? Contacta al Conserje de Bienestar al 1-877-532-3472,
conciERGE@lifeguides.com o inicia un chat en la plataforma.

1. Información del afiliado

Nombre del grupo:		Fecha de vigencia de la cobertura del plan:	
Apellido:		Fecha en que se convirtió en empleado a tiempo completo:	
Nombre:		Fecha de nacimiento (FDN):	
Sexo: ☐ M ☐ F	N.º de SS:	N.º de horas de trabajo a la semana:	
N.º de teléfono del domicilio:		N.º de teléfono del trabajo:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Selección del plan (de acuerdo con su guía de inscripción):

Plan MEC (Cobertura esencial mínima)	
---	--

Beneficiario de seguro de vida (si corresponde):

Nombre completo:	Dirección:	Ciudad, estado, código postal:
N.º de teléfono:	Fecha de nacimiento:	Parentesco:

2. Información de dependientes

Quisiera estar cubierto bajo este plan junto con los siguientes dependientes:					
☐ Cónyuge ☐ Pareja en unión libre	Apellido:	Nombre:	N.º de SS:	FDN:	☐ Masculino ☐ Femenino
Apellido:		Nombre:	N.º de SS:	FDN:	☐ Masculino ☐ Femenino
☐ Hijo ☐ Discapacitado ¹ ☐ Ordenado por tribunal ²					
Apellido:		Nombre:	N.º de SS:	FDN:	☐ Masculino ☐ Femenino
☐ Hijo ☐ Discapacitado ¹ ☐ Ordenado por tribunal ²					
Apellido:		Nombre:	N.º de SS:	FDN:	☐ Masculino ☐ Femenino
☐ Hijo ☐ Discapacitado ¹ ☐ Ordenado por tribunal ²					
Apellido:		Nombre:	N.º de SS:	FDN:	☐ Masculino ☐ Femenino
☐ Hijo ☐ Discapacitado ¹ ☐ Ordenado por tribunal ²					

¹Para dependientes discapacitados; ENVIAR la documentación correspondiente como comprobante de estado de discapacidad con este formulario de inscripción.

²Si una orden del tribunal le pide que cubra a su dependiente bajo este plan, ENVÍE esa parte de la orden del tribunal con este formulario de inscripción.

Por este medio solicito la participación en el plan de beneficios para mí o mis dependientes indicados abajo, y estoy de acuerdo en respetar los términos, cláusulas y limitaciones como lo describe el Patrocinador del plan en la emisión de la Descripción del plan resumido. Declaro que todas las afirmaciones contenidas en todo este formulario son verdaderas y correctas y que ninguna información material se ha retenido u omitido. Estoy de acuerdo en que ningún beneficio tendrá vigencia hasta la fecha especificada por los Administradores de beneficios clave. Estoy de acuerdo en que una copia fotográfica de esta autorización será tan válida como el original y que dicha autorización será válida para la duración máxima que permite la ley. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización cuando la solicite. Autorizo a mi empleador a deducir de mis ingresos las contribuciones (si hubiere) solicitadas para los beneficios.

☐ **Renuncio/rechazo la cobertura para mí y mis dependientes**

Empleado (nombre en letra de molde):

Firma del empleado: _____ **Fecha:** _____