

# Beneficios de fertilidad: comparación de servicios por plan



Categoría, servicio, tratamiento	Kaiser	Moda	Providence
<b>Elegibilidad para el tratamiento</b>	<p>Todos los miembros adultos inscritos. No se requiere un diagnóstico de infertilidad.</p> <p>Los dependientes menores de edad están excluidos.</p> <p>Los miembros que se han sometido a una esterilización voluntaria están excluidos.</p>	<p>Todos los miembros inscritos. No se requiere un diagnóstico de infertilidad.</p> <p>Los miembros que se han sometido a una esterilización voluntaria están excluidos.</p>	<p>Todos los miembros inscritos. No se requiere un diagnóstico de infertilidad.</p> <p>Los miembros que se han sometido a una esterilización voluntaria están excluidos.</p>
<b>Beneficio máximo</b>	<p>Un máximo de \$25,000 para fertilidad médica por persona inscrita al año</p> <p>Medicamentos recetados ilimitados</p>	<p>Un máximo de \$25,000 para fertilidad médica por persona inscrita al año</p> <p>Límite de 6 ciclos para la inseminación intrauterina (IUI, por sus siglas en inglés)</p> <p>Medicamentos recetados ilimitados</p>	<p>Un máximo de \$25,000 para fertilidad médica por persona inscrita al año</p> <p>Límite de 6 ciclos para la inseminación intrauterina (IUI, por sus siglas en inglés)</p> <p>Medicamentos recetados ilimitados</p>
<b>Cobertura disponible fuera de la red</b>	<p>No</p>	<p>Sí, 100 % de cobertura de Tecnología de Reproducción Asistida (ART por sus siglas en inglés) e inseminación artificial (IA) en centros fuera de la red. El resto de los servicios de fertilidad fuera de la red tienen una cobertura del 50 % y el coseguro no aplica para el máximo de su propio bolsillo</p>	<p>Sí, solo para gastos médicos</p> <p>No ofrece beneficios fuera de la red para medicamentos recetados</p>

<b>Categoría, servicio, tratamiento</b>	<b>Kaiser</b>	<b>Moda</b>	<b>Providence</b>
<b>Tecnología de Reproducción Asistida (ART, por sus siglas en inglés)</b>			
<b>Evaluación con un endocrinólogo reproductivo o especialista en infertilidad, incluyendo consejería y consulta</b>	Sí	Sí	Sí
<b>Estudios y exámenes para diagnosticar la infertilidad</b>	Sí	Sí	Sí
<b>Recolección y procesamiento de esperma</b>	Sí	Sí	Sí
<b>Procedimientos alternativos de obtención de esperma (por ejemplo, biopsia testicular)</b>	Sí	Sí	Sí
<b>Terapia de medicamentos relacionada con el tratamiento para la fertilidad</b>	Sí	Sí	Sí
<b>Control de laboratorio para los ciclos de inducción de la ovulación (coito programado)</b>	Sí	Sí	Sí
<b>Inducción de la ovulación</b>	Sí	Sí	Sí
<b>Inseminación artificial (IA), inseminación intrauterina (IUI, por sus siglas en inglés)</b>	Sí	Sí	Sí

<b>Categoría, servicio, tratamiento</b>	<b>Kaiser</b>	<b>Moda</b>	<b>Providence</b>
<b>Fertilización In Vitro (IVF, por sus siglas en inglés)</b>	Sí	Sí	Sí
<b>Ciclos de IUI requeridos antes de obtener acceso al beneficio de IVF</b>	4; los miembros pueden evitar esto con una necesidad médica, incluyendo infertilidad iatrogénica inminente, ausencia de una trompa de falopio no patente, mala reserva ovárica/mal pronóstico, etc.	N/A	N/A
<b>Transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés)</b>	Sí	Sí	Sí
<b>Transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés)</b>	Sí	Sí	Sí
<b>Transferencia de embrión congelado</b>	Sí	Sí	Sí
<b>Congelamiento de todo el ciclo</b>	Sí	Sí	Sí
<b>Criopreservación, almacenamiento y descongelación de semen y embriones durante el ciclo de IVF</b>	Sí	Sí	Sí

<b>Categoría, servicio, tratamiento</b>	<b>Kaiser</b>	<b>Moda</b>	<b>Providence</b>
<b>Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI, por sus siglas en inglés)</b>	Sí	Sí	Sí
<b>Eclosión asistida</b>	Sí	Sí	Sí
<b>Uso de tejido de donante y/o gestación subrogada</b>			
<b>Costos relacionados con la obtención de óvulo de donante, espermatozoides de donante o embrión de donante (por ejemplo, tarifas de las agencias, costos del ciclo de los óvulos de donantes, gastos de envío)</b>	Sin cobertura	Sin cobertura	Sí
<b>Almacenamiento de semen de donante, óvulos de donante y embriones de donante antes de su uso</b>	Sin cobertura	Sin cobertura	Sí
<b>Obtención de óvulos o espermatozoides de los futuros padres para su uso con material de donantes</b>	Sí	Sí	Sí
<b>Creación de un embrión cuando se usa material de donante junto con los óvulos o el espermatozoides de un futuro padre o madre</b>	Sí	Sí	Sí

<b>Categoría, servicio, tratamiento</b>	<b>Kaiser</b>	<b>Moda</b>	<b>Providence</b>
<b>Creación de un embrión usando óvulo y espermatozoides de donante</b>	Sí	Sí	Sí
<b>Criopreservación y descongelación incluidas como parte del tratamiento para la fertilidad con tejido de donante</b>	Sin cobertura	Sí	Sí
<b>Evaluaciones y pruebas genéticas</b>			
<b>PGT-M y PGT-SR</b>	Sí	Sí	Sí
<b>PGT-A</b>	No	Sí	Sí
<b>Evaluaciones genéticas para padres (por ejemplo, evaluaciones de portadores, análisis de cromosomas)</b>	Evaluaciones de portadores cubiertas Análisis de cromosomas cubierto únicamente con necesidad médica	Evaluaciones de portadores sin cobertura. Análisis de cromosomas cubierto únicamente con necesidad médica	Sí
<b>Preservación de la fertilidad</b>			
<b>Preservación de la fertilidad necesaria por razones médicas</b>	Cubierta para las personas presuntamente fértiles, pero que tienen terapias planeadas (quimioterapia, radioterapia pélvica, otras terapias gonadotóxicas, extirpación de óvulos o testículos). Sin cobertura para los miembros con	Solo cubierta cuando hay un diagnóstico de cáncer y antes de cualquier tratamiento de cáncer. Sin cobertura para los miembros con tratamiento planificado de afirmación de género.	Cubierta para personas presuntamente fértiles, pero que tienen terapias planeadas, incluyendo quimioterapia, radioterapia pélvica, otras terapias gonadotóxicas, extirpación de óvulos o testículos y tratamiento

<b>Categoría, servicio, tratamiento</b>	<b>Kaiser</b>	<b>Moda</b>	<b>Providence</b>
	tratamiento planificado de afirmación de género.		planificado de afirmación de género.
<b>Almacenamiento de tejido congelado con necesidad médica</b>	Sin cobertura	Sí, almacenamiento ilimitado	Sí, almacenamiento ilimitado
<b>Preservación y almacenamiento de fertilidad electiva</b>	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
<b>Cobertura de farmacia</b>			
<b>Beneficio máximo</b>	Sin máximo de beneficio de farmacia	Sin máximo de beneficio de farmacia	Sin máximo de beneficio de farmacia
<b>Autorización previa requerida para el tratamiento</b>	No por parte de los proveedores de Kaiser	Sí, duración de 12 meses	Sí, duración de 12 meses
<b>Beneficios disponibles fuera de la red</b>	No	Sí, los reclamos fuera de la red deben enviarse a través de una solicitud impresa de reembolso	No
<b>Envío de medicamentos en el mismo día</b>	Sí, sin costo adicional para los miembros	Sí, sin costo adicional para los miembros	Sí, sin costo adicional para los miembros
<b>Lista de medicamentos cubiertos</b>	Los planes pueden modificar las listas de medicamentos cubiertos en cualquier momento. Comuníquese con su plan específico para entender qué medicamentos están cubiertos.		