Cobertura integral de fertilidad

Reciba atención eficaz centrada en usted

En Kaiser Permanente, nos comprometemos a brindarle apoyo en cada etapa. Con ciertos planes de salud, cuenta con cobertura para servicios de fertilidad conforme a la Ley 729 del Senado de California (SB 729). Consulte su *Evidencia de Cobertura* (*Evidence of Coverage, EOC*) para obtener más información sobre sus beneficios de fertilidad.[1]

¿Qué servicios de fertilidad tienen cobertura?

Los servicios cubiertos incluyen:[2]

- servicios médicos, incluida la consulta y la referencia;
- examen físico;
- servicios de laboratorio y estudios por imágenes para la detección y el diagnóstico;
- cirugía diagnóstica y biopsia;
- evaluación, pruebas y análisis genéticos;
- inseminación artificial, incluida la inseminación intrauterina;
- fecundación *in vitro*, incluida la extracción de ovocitos (óvulos), la obtención de espermatozoides y la transferencia de embriones;
- medicamentos para la fertilidad;
- otros servicios para diagnosticar y tratar la infertilidad de acuerdo con las prácticas médicas establecidas y las guías vigentes publicadas por la American Society for Reproductive Medicine (Sociedad Americana de Medicina Reproductiva).

Donantes, material de donación y servicios de gestación subrogada

La cobertura de los servicios de fertilidad y del tratamiento de la infertilidad médicamente necesarios para lograr la maternidad/paternidad mediante gametos (óvulos y espermatozoides) de donantes, embriones donados o una gestante subrogada incluye:

- obtención de semen, ovocitos o embriones de donantes;[3]
- medicamentos para la estimulación ovárica de una donante de ovocitos;
- obtención de gametos de un donante;[4]
- transferencia de embriones a una gestante subrogada.

Criopreservación y almacenamiento

La cobertura puede incluir la criopreservación y el almacenamiento de espermatozoides, ovocitos y embriones.[5]

(continúa del otro lado)

¿Qué servicios no tienen cobertura?

Los siguientes servicios no están cubiertos por los requisitos de la SB 729:

- servicios no relacionados con el tratamiento médicamente necesario de la infertilidad, según se define en su *Evidencia de Cobertura*;
- gastos no médicos, incluidos, entre otros, honorarios legales, honorarios de agencias, gastos de envío, gastos de viaje, honorarios por intermediación, comisiones de corredores, gastos de transporte, otros costos administrativos y compensación a un donante, una gestante subrogada u otro tercero involucrado en un Acuerdo de Reproducción Asistida (*Assisted Reproduction Agreement*, ARA);
- gastos de atención médica de cualquier tercero involucrado en un ARA que no correspondan a servicios de fertilidad médicamente necesarios;
- cualquier evaluación de salud física o mental realizada como parte del proceso de selección de un donante o una gestante subrogada antes de la firma de un ARA;
- servicios relacionados con la obtención, la criopreservación y el almacenamiento de semen, ovocitos y embriones, excepto cuando formen parte de los servicios de fertilidad cubiertos.

Cómo empezar

Hable con su ginecoobstetra o médico personal sobre sus planes para formar una familia, sus antecedentes de fertilidad y cualquier inquietud que tenga. El profesional puede referirle a un especialista en endocrinología reproductiva y fertilidad o urología, según sea necesario.

Para preguntas sobre la cobertura

Los miembros de Kaiser Permanente pueden comunicarse con Servicio a los Miembros en **kp.org/supportcenter** (haga clic en "Español") o al **1-800-464-4000** (TTY **711**), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de fertilidad o necesita ayuda adicional con una situación compleja, el personal puede conectarle con el equipo de servicios especiales de fertilidad.

---

1. La cobertura varía según el plan. Consulte su *Evidencia de Cobertura* o el *Certificado de Seguro*, que puede obtener de su empleador. **2.** Los servicios de fertilidad son los servicios de atención médica necesarios para ayudar a un miembro con cobertura a convertirse en padre o madre. Los médicos del plan determinan qué servicios de fertilidad son médicamente necesarios o médicamente indicados para cada paciente. **3.** Los servicios cubiertos siguen sujetos a las limitaciones descritas en su *Evidencia de Cobertura*. **4.** Consulte la nota 3. **5.** Consulte la nota 3.