



Cómo entender los planes: resumen de beneficios

Los cuadros que aparecen en las páginas siguientes ofrecen una muestra de cada uno de los beneficios del plan. Vea el diagrama a continuación para ayudarle a aprender más sobre cómo leer estas tablas.

Este es un resumen de cómo usar la tabla

	 KP Silver 70 HMO Off Exchange
Tipo de plan	Deducible
Características	
Deducible médico anual (individuo/familia)	\$4,000/\$8,000
Gasto máximo de bolsillo anual (individuo/familia)	\$7,800/\$15,600
Beneficios	
Atención preventiva	
Examen físico de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo
Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)	
Visita al consultorio de atención primaria	\$40
Visita al consultorio de atención especializada	\$80
La mayoría de las radiografías	\$85
La mayoría de los análisis de laboratorio	\$40
IRM, TC y TEP	\$325
Cirugía ambulatoria	20 %
Consulta de salud mental	\$40
Atención para pacientes hospitalizados	
Habitación y alimentación, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	20 % después del deducible
Maternidad	
Consulta de atención prenatal de rutina y primera consulta posparto	Sin cargo
Parto y cuidados de bienestar infantil para el bebé en el hospital	20 % después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia	
Visita al Departamento de Emergencias	\$400
Consulta de atención de urgencia	\$40
Medicamentos de venta con receta (hasta un suministro de 30 días)	
Genérico	\$16 después del deducible de farmacia de \$300
Marca preferida	\$60 después del deducible de farmacia de \$300
Marca no preferida	\$60 después del deducible de farmacia de \$300
Especializado	20 % después del deducible de farmacia de \$300, hasta \$250 por medicamento de venta con receta
Salud integral	
Servicios de decisiones saludables	Promociones de óptica kp2020.org (en inglés)

 Se ofrece a través de Kaiser Permanente

 Se ofrece a través del Mercado de Seguros Médicos, Covered California

Deducible anual

Tiene que pagar el monto del deducible antes de que su plan comience a ayudarle a pagar la mayoría de los servicios cubiertos. Bajo este plan de muestra, usted pagaría los costos completos de los servicios cubiertos hasta llegar a \$4,000 para usted u \$8,000 para su familia. Después comenzaría a pagar los copagos o coseguros.

Gastos máximos de bolsillo anuales

Esto es lo máximo que pagará por su atención durante el año calendario antes de que su plan comience a pagar el 100 % de la mayoría de los servicios cubiertos. En este ejemplo, nunca pagaría más de \$7,800 por usted y no pagaría más de \$15,600 por su familia en concepto de copagos, coseguros y deducibles en un año calendario.

Atención preventiva sin cargo

La mayoría de los servicios de atención preventiva, incluidos los exámenes físicos de rutina y las mamografías, están cubiertos sin cargo. Además, no están sujetos al deducible.

Servicios cubiertos antes de alcanzar el deducible

Para algunos servicios, usted solamente pagará un copago o un coseguro, sin importar si ya alcanzó su deducible. Con este plan, las consultas de atención médica primaria están cubiertas con un copago de \$40, incluso antes de alcanzar su deducible. Con nuestros planes con deducible Silver, la atención médica primaria, la atención especializada y las consultas de atención de urgencia están cubiertas antes de alcanzar su deducible.

Coseguro

Después de alcanzar su deducible, este es un porcentaje de los cargos que podría pagar por los servicios cubiertos. En este caso, pagaría 20 % del costo diario de su atención para pacientes hospitalizados después de que alcance su deducible. Su plan pagaría el resto hasta el fin del año calendario.

Copago

Este es el monto fijo que paga por servicios cubiertos, en general después de que alcance su deducible. En este ejemplo, pagaría un copago de \$40 por consultas de atención de urgencia, independientemente de que haya alcanzado su deducible o no.

KP Se ofrece a través de Kaiser Permanente

M Se ofrece a través del Mercado de Seguros Médicos, Covered California

Hay opciones de asistencia financiera con copagos, coseguro y deducibles más bajos disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los indios americanos en CoveredCA.com/espanol.

	KP M Kaiser Permanente - Bronze 60 HDHP HMO	KP M Kaiser Permanente - Bronze 60 HMO	KP Kaiser Permanente - Bronze 60 HDHP HMO 6800/40 %
Tipo de plan	Que admite una HSA	Deducible	Que admite una HSA
Características			
Deducible médico anual (individuo/familia)	\$6,900/\$13,800	\$6,300/\$12,600	\$6,800/\$13,600
Gasto máximo de bolsillo anual (individuo/familia)	\$6,900/\$13,800	\$7,800/\$15,600	\$6,900/\$13,800
Beneficios			
Atención preventiva			
Examen físico de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)			
Visita al consultorio de atención primaria	Sin cargo después del deducible	\$65 después del deducible*	40 % después del deducible
Visita al consultorio de atención especializada	Sin cargo después del deducible	\$95 después del deducible*	40 % después del deducible
La mayoría de las radiografías	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible	40 % después del deducible
La mayoría de los análisis de laboratorio	Sin cargo después del deducible	\$40	40 % después del deducible
IRM, TC y TEP	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible	40 % después del deducible
Cirugía ambulatoria	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible	40 % después del deducible
Consulta de salud mental	Sin cargo después del deducible	\$65 después del deducible*	40 % después del deducible
Atención para pacientes hospitalizados			
Habitación y alimentación, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible	40 % después del deducible
Maternidad			
Consulta de atención prenatal de rutina y primera consulta posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y cuidados de bienestar infantil para el bebé en el hospital	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible	40 % después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia			
Visita al Departamento de Emergencias	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible	40 % después del deducible
Consulta de atención de urgencia	Sin cargo después del deducible	\$65 después del deducible*	40 % después del deducible
Medicamentos de venta con receta (hasta un suministro de 30 días)			
Genérico	Sin cargo después del deducible	\$18 después del deducible de farmacia de \$500†	40 % después del deducible, hasta \$500 por medicamento de venta con receta
Marca preferida	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible de farmacia de \$500, hasta \$500 por medicamento de venta con receta	40 % después del deducible, hasta \$500 por medicamento de venta con receta
Marca no preferida	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible de farmacia de \$500, hasta \$500 por medicamento de venta con receta	40 % después del deducible, hasta \$500 por medicamento de venta con receta
Especializado	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible de farmacia de \$500, hasta \$500 por medicamento de venta con receta	40 % después del deducible, hasta \$500 por medicamento de venta con receta
Salud integral			
Servicios de decisiones saludables	Promociones de óptica*** kp2020.org	Promociones de óptica*** kp2020.org	Promociones de óptica*** kp2020.org

* El plan Kaiser Permanente - Bronze 60 HMO incluye 3 visitas al consultorio por el copago del beneficio antes de que alcance su deducible. Las visitas al consultorio incluyen consultas de atención primaria, especializadas, de urgencia, posnatales o de atención de salud mental para pacientes ambulatorios.

† Pedido por correo: Suministro de hasta 100 días de medicamentos de venta con receta autorizados por el costo de un suministro de 60 días.

** Después de 5 días, los servicios cubiertos relacionados con la hospitalización no tienen cargo.

†† Únicamente los solicitantes menores de 30 años o los solicitantes mayores de 30 años que presenten un certificado de Covered California que demuestre dificultades económicas o la falta de una cobertura asequible pueden adquirir un plan Minimum Coverage HMO.

‡‡ El plan Kaiser Permanente - Minimum Coverage HMO incluye 3 visitas al consultorio sin cargo antes de que alcance su deducible. Las visitas al consultorio incluyen consultas de atención primaria, de urgencia, posnatales o de atención de salud mental para pacientes ambulatorios.

*** Las promociones de óptica y otros servicios mostrados pueden ser proporcionados por grupos diferentes a Kaiser Permanente, y no se ofrecen ni se garantizan como parte de su cobertura. Las cuotas adicionales que pague no contarán como parte de su deducible o gasto máximo de bolsillo.

Este resumen del plan tiene como objetivo resaltar solamente algunas de las preguntas más comunes sobre los beneficios y sus respectivos copagos, coseguros y deducibles. Consulte el Acuerdo de Membresía, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación (EOC) (Membership Agreement, Evidence of Coverage, and Disclosure Form (EOC)) para obtener más detalles sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia de la EOC, visite kp.org/plandocuments (en inglés), llámenos al 1-800-788-0616 o comuníquese con su agente. Para aquellos servicios que estén sujetos al deducible, usted tendrá que pagar los costos de atención médica de su bolsillo hasta alcanzar el deducible. La mayoría de los deducibles, copagos y coseguros contribuye al gasto máximo de bolsillo.

KP Se ofrece a través de Kaiser Permanente

M Se ofrece a través del Mercado de Seguros Médicos, Covered California

Hay opciones de asistencia financiera con copagos, coseguro y deducibles más bajos disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los indios americanos en CoveredCA.com/espanol.

	M Kaiser Permanente - Silver 70 HMO	KP Kaiser Permanente - Silver 70 HMO Off Exchange	KP Kaiser Permanente - Silver 70 HMO 2500/45	KP Kaiser Permanente - Silver 70 HDHP HMO 3000/15 %
Tipo de plan	Deducible	Deducible	Deducible	Que admite una HSA
Características				
Deducible médico anual (individuo/familia)	\$4,000/\$8,000	\$4,000/\$8,000	\$2,500/\$5,000	\$3,000/\$6,000
Gasto máximo de bolsillo anual (individuo/familia)	\$7,800/\$15,600	\$7,800/\$15,600	\$7,800/\$15,600	\$6,500/\$13,000
Beneficios				
Atención preventiva				
Examen físico de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)				
Visita al consultorio de atención primaria	\$40	\$40	\$45	15 % después del deducible
Visita al consultorio de atención especializada	\$80	\$80	\$75	15 % después del deducible
La mayoría de las radiografías	\$85	\$85	\$70 después del deducible	15 % después del deducible
La mayoría de los análisis de laboratorio	\$40	\$40	\$25 después del deducible	15 % después del deducible
IRM, TC y TEP	\$325	\$325	\$350 después del deducible	15 % después del deducible
Cirugía ambulatoria	20 %	20 %	35 % después del deducible	15 % después del deducible
Consulta de salud mental	\$40	\$40	\$45	15 % después del deducible
Atención para pacientes hospitalizados				
Habitación y alimentación, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	20 % después del deducible	20 % después del deducible	35 % después del deducible	15 % después del deducible
Maternidad				
Consulta de atención prenatal de rutina y primera consulta posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y cuidados de bienestar infantil para el bebé en el hospital	20 % después del deducible	20 % después del deducible	35 % después del deducible	15 % después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia				
Visita al Departamento de Emergencias	\$400	\$400	\$350 después del deducible	15 % después del deducible
Consulta de atención de urgencia	\$40	\$40	\$45	15 % después del deducible
Medicamentos de venta con receta (hasta un suministro de 30 días)				
Genérico	\$16 después del deducible de farmacia de \$300 [‡]	\$16 después del deducible de farmacia de \$300 [‡]	\$20 [‡]	15 % después del deducible, hasta \$250 por medicamento de venta con receta
Marca preferida	\$60 después del deducible de farmacia de \$300 [‡]	\$60 después del deducible de farmacia de \$300 [‡]	\$65 después del deducible de farmacia de \$350 [‡]	15 % después del deducible, hasta \$250 por medicamento de venta con receta
Marca no preferida	\$60 después del deducible de farmacia de \$300 [‡]	\$60 después del deducible de farmacia de \$300 [‡]	\$65 después del deducible de farmacia de \$350 [‡]	15 % después del deducible, hasta \$250 por medicamento de venta con receta
Especializado	20 % después del deducible de farmacia de \$300, hasta \$250 por medicamento de venta con receta	20 % después del deducible de farmacia de \$300, hasta \$250 por medicamento de venta con receta	35 % después del deducible de farmacia de \$350, hasta \$250 por medicamento de venta con receta	15 % después del deducible, hasta \$250 por medicamento de venta con receta
Salud integral				
Servicios de decisiones saludables	Promociones de óptica*** kp2020.org	Promociones de óptica*** kp2020.org	Promociones de óptica*** kp2020.org	Promociones de óptica*** kp2020.org

* El plan Kaiser Permanente - Bronze 60 HMO incluye 3 visitas al consultorio por el copago del beneficio antes de que alcance su deducible. Las visitas al consultorio incluyen consultas de atención primaria, especializadas, de urgencia, posnatales o de atención de salud mental para pacientes ambulatorios.

‡ Pedido por correo: Suministro de hasta 100 días de medicamentos de venta con receta autorizados por el costo de un suministro de 60 días.

** Después de 5 días, los servicios cubiertos relacionados con la hospitalización no tienen cargo.

† Únicamente los solicitantes menores de 30 años o los solicitantes mayores de 30 años que presenten un certificado de Covered California que demuestre dificultades económicas o la falta de una cobertura asequible pueden adquirir un plan Minimum Coverage HMO.

‡ El plan Kaiser Permanente - Minimum Coverage HMO incluye 3 visitas al consultorio sin cargo antes de que alcance su deducible. Las visitas al consultorio incluyen consultas de atención primaria, de urgencia, posnatales o de atención de salud mental para pacientes ambulatorios.

*** Las promociones de óptica y otros servicios mostrados pueden ser proporcionados por grupos diferentes a Kaiser Permanente, y no se ofrecen ni se garantizan como parte de su cobertura. Las cuotas adicionales que pague no contarán como parte de su deducible o gasto máximo de bolsillo.

Este resumen del plan tiene como objetivo resaltar solamente algunas de las preguntas más comunes sobre los beneficios y sus respectivos copagos, coseguros y deducibles. Consulte el Acuerdo de Membresía, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación (EOC) para obtener más detalles sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia de la EOC, visite kp.org/plandocuments, llámenos al 1-800-788-0616 o comuníquese con su agente. Para aquellos servicios que estén sujetos al deducible, usted tendrá que pagar los costos de atención médica de su bolsillo hasta alcanzar el deducible. La mayoría de los deducibles, copagos y coseguros contribuye al gasto máximo de bolsillo.

KP Se ofrece a través de Kaiser Permanente

M Se ofrece a través del Mercado de Seguros Médicos, Covered California

Hay opciones de asistencia financiera con copagos, coseguro y deducibles más bajos disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los indios americanos en CoveredCA.com/espanol.

	KP M Kaiser Permanente - Gold 80 HMO Coinsurance	KP M Kaiser Permanente - Gold 80 HMO	KP M Kaiser Permanente - Platinum 90 HMO	KP M Kaiser Permanente - Minimum Coverage HMO ^{††}
Tipo de plan	Copago	Copago	Copago	Deducible
Características				
Deducible médico anual (individuo/familia)	Ninguno/Ninguno	Ninguno/Ninguno	Ninguno/Ninguno	\$8,150/\$16,300
Gasto máximo de bolsillo anual (individuo/familia)	\$7,800/\$15,600	\$7,800/\$15,600	\$4,500/\$9,000	\$8,150/\$16,300
Beneficios				
Atención preventiva				
Examen físico de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)				
Visita al consultorio de atención primaria	\$30	\$30	\$15	Las primeras 3 visitas al consultorio no tienen costo. ^{††} Las consultas adicionales no tienen costo después del deducible
Visita al consultorio de atención especializada	\$65	\$65	\$30	Sin cargo después del deducible
La mayoría de las radiografías	\$75	\$75	\$30	Sin cargo después del deducible
La mayoría de los análisis de laboratorio	\$40	\$40	\$15	Sin cargo después del deducible
IRM, TC y TEP	20 %	\$275	\$75	Sin cargo después del deducible
Cirugía ambulatoria	20 %	\$340	\$125	Sin cargo después del deducible
Consulta de salud mental	\$30	\$30	\$15	Las primeras 3 visitas al consultorio no tienen costo. ^{††} Las consultas adicionales no tienen costo después del deducible
Atención para pacientes hospitalizados				
Habitación y alimentación, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	20 %	\$600 por día hasta 5 días**	\$250 por día hasta 5 días**	Sin cargo después del deducible
Maternidad				
Consulta de atención prenatal de rutina y primera consulta posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y cuidados de bienestar infantil para el bebé en el hospital	20 %	\$600 por día hasta 5 días**	\$250 por día hasta 5 días**	Sin cargo después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia				
Visita al Departamento de Emergencias	\$350	\$350	\$150	Sin cargo después del deducible
Consulta de atención de urgencia	\$30	\$30	\$15	Las primeras 3 visitas al consultorio no tienen costo. ^{††} Las consultas adicionales no tienen costo después del deducible
Medicamentos de venta con receta (hasta un suministro de 30 días)				
Genérico	\$15 [‡]	\$15 [‡]	\$5 [‡]	Sin cargo después del deducible
Marca preferida	\$55 [‡]	\$55 [‡]	\$15 [‡]	Sin cargo después del deducible
Marca no preferida	\$55 [‡]	\$55 [‡]	\$15 [‡]	Sin cargo después del deducible
Especializado	20 % hasta \$250 por medicamento de venta con receta	20 % hasta \$250 por medicamento de venta con receta	10 % hasta \$250 por medicamento de venta con receta	Sin cargo después del deducible
Salud integral				
Servicios de decisiones saludables	Promociones de óptica*** kp2020.org	Promociones de óptica*** kp2020.org	Promociones de óptica*** kp2020.org	Promociones de óptica*** kp2020.org

* El plan Kaiser Permanente - Bronze 60 HMO incluye 3 visitas al consultorio por el copago del beneficio antes de que alcance su deducible. Las visitas al consultorio incluyen consultas de atención primaria, especializadas, de urgencia, posnatales o de atención de salud mental para pacientes ambulatorios.

‡ Pedido por correo: Suministro de hasta 100 días de medicamentos de venta con receta autorizados por el costo de un suministro de 60 días.

** Después de 5 días, los servicios cubiertos relacionados con la hospitalización no tienen cargo.

†† Únicamente los solicitantes menores de 30 años o los solicitantes mayores de 30 años que presenten un certificado de Covered California que demuestre dificultades económicas o la falta de una cobertura asequible pueden adquirir un plan Minimum Coverage HMO.

‡‡ El plan Kaiser Permanente - Minimum Coverage HMO incluye 3 visitas al consultorio sin cargo antes de que alcance su deducible. Las visitas al consultorio incluyen consultas de atención primaria, de urgencia, posnatales o de atención de salud mental para pacientes ambulatorios.

*** Las promociones de óptica y otros servicios mostrados pueden ser proporcionados por grupos diferentes a Kaiser Permanente, y no se ofrecen ni se garantizan como parte de su cobertura. Las cuotas adicionales que pague no contarán como parte de su deducible o gasto máximo de bolsillo.

Este resumen del plan tiene como objetivo resaltar solamente algunas de las preguntas más comunes sobre los beneficios y sus respectivos copagos, coseguros y deducibles. Consulte el Acuerdo de Membresía, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación (EOC) para obtener más detalles sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia de la EOC, visite kp.org/plandocuments, llámenos al 1-800-788-0616 o comuníquese con su agente. Para aquellos servicios que estén sujetos al deducible, usted tendrá que pagar los costos de atención médica de su bolsillo hasta alcanzar el deducible. La mayoría de los deducibles, copagos y coseguros contribuye al gasto máximo de bolsillo.

M Se ofrece a través del Mercado de Seguros Médicos, Covered California

Planes de Reducción del Costo Compartido (CSR)

Tiene que cumplir los requisitos e inscribirse en los planes de Reducción del Costo Compartido (Cost Share Reduction, CSR) en esta página a través de Covered California.

	M Kaiser Permanente - Silver 73 HMO	M Kaiser Permanente - Silver 87 HMO	M Kaiser Permanente - Silver 94 HMO
Tipo de plan	Deducible	Deducible	Deducible
Características			
Deducible médico anual (individuo/familia)	\$3,700/\$7,400	\$1,400/\$2,800	\$75/\$150
Gasto máximo de bolsillo anual (individuo/familia)	\$6,500/\$13,000	\$2,700/\$5,400	\$1,000/\$2,000
Beneficios			
Atención preventiva			
Examen físico de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Servicios para pacientes ambulatorios (por consulta o procedimiento)			
Visita al consultorio de atención primaria	\$35	\$15	\$5
Visita al consultorio de atención especializada	\$75	\$25	\$8
La mayoría de las radiografías	\$85	\$40	\$8
La mayoría de los análisis de laboratorio	\$40	\$20	\$8
IRM, TC y TEP	\$325	\$100	\$50
Cirugía ambulatoria	20 %	15 %	10 %
Consulta de salud mental	\$35	\$15	\$5
Atención para pacientes hospitalizados			
Habitación y alimentación, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	20 % después del deducible	15 % después del deducible	10 % después del deducible
Maternidad			
Consulta de atención prenatal de rutina y primera consulta posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y cuidados de bienestar infantil para el bebé en el hospital	20 % después del deducible	15 % después del deducible	10 % después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia			
Visita al Departamento de Emergencias	\$400	\$150	\$50
Consulta de atención de urgencia	\$35	\$15	\$5
Medicamentos de venta con receta (hasta un suministro de 30 días)			
Genérico	\$16 después del deducible de farmacia de \$275 [‡]	\$5 [‡]	\$3 [‡]
Marca preferida	\$55 después del deducible de farmacia de \$275 [‡]	\$25 después del deducible de farmacia de \$100 [‡]	\$10 [‡]
Marca no preferida	\$55 después del deducible de farmacia de \$275 [‡]	\$25 después del deducible de farmacia de \$100 [‡]	\$10 [‡]
Especializado	20 % después del deducible de farmacia de \$275, hasta \$250 por medicamento de venta con receta	15 % después del deducible de farmacia de \$100, hasta \$150 por medicamento de venta con receta	10 %, hasta \$150 por medicamento de venta con receta
Salud integral			
Servicios de decisiones saludables	Promociones de óptica*** kp2020.org	Promociones de óptica*** kp2020.org	Promociones de óptica*** kp2020.org

* El plan Kaiser Permanente - Bronze 60 HMO incluye 3 visitas al consultorio por el copago del beneficio antes de que alcance su deducible. Las visitas al consultorio incluyen consultas de atención primaria, especializadas, de urgencia, posnatales o de atención de salud mental para pacientes ambulatorios.

‡ Pedido por correo: Suministro de hasta 100 días de medicamentos de venta con receta autorizados por el costo de un suministro de 60 días.

** Después de 5 días, los servicios cubiertos relacionados con la hospitalización no tienen cargo.

†† Únicamente los solicitantes menores de 30 años o los solicitantes mayores de 30 años que presenten un certificado de Covered California que demuestre dificultades económicas o la falta de una cobertura asequible pueden adquirir un plan Minimum Coverage HMO.

‡‡ El plan Kaiser Permanente - Minimum Coverage HMO incluye 3 visitas al consultorio sin cargo antes de que alcance su deducible. Las visitas al consultorio incluyen consultas de atención primaria, de urgencia, posnatales o de atención de salud mental para pacientes ambulatorios.

*** Las promociones de óptica y otros servicios mostrados pueden ser proporcionados por grupos diferentes a Kaiser Permanente, y no se ofrecen ni se garantizan como parte de su cobertura. Las cuotas adicionales que pague no contarán como parte de su deducible o gasto máximo de bolsillo.

Este resumen del plan tiene como objetivo resaltar solamente algunas de las preguntas más comunes sobre los beneficios y sus respectivos copagos, coseguros y deducibles. Consulte el Acuerdo de Membresía, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación (EOC) para obtener más detalles sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia de la EOC, visite kp.org/plandocuments, llámenos al 1-800-788-0616 o comuníquese con su agente. Para aquellos servicios que estén sujetos al deducible, usted tendrá que pagar los costos de atención médica de su bolsillo hasta alcanzar el deducible. La mayoría de los deducibles, copagos y coseguros contribuye al gasto máximo de bolsillo.