

# KAISER PERMANENTE \$0/\$2,000 HSA-QUALIFIED DEDUCTIBLE HMO

CARACTERÍSTICAS	EL MIEMBRO PAGA
<b>DEDUCIBLE POR AÑO CALENDARIO<sup>1</sup></b> Individual/familiar	\$2,000/\$4,000
<b>DEDUCIBLE DE FARMACIA POR AÑO CALENDARIO</b>	N/D
<b>GASTOS MÁXIMOS DE BOLSILLO ANUALES<sup>1,2</sup></b> Individual/familiar	\$3,500/\$7,000
<b>EN EL CONSULTORIO MÉDICO</b> Visitas al consultorio médico Exámenes preventivos <sup>3</sup> Maternidad/atención prenatal <sup>3,4</sup> Consultas de atención preventiva del niño sano <sup>3,5</sup> Vacunas (inmunizaciones) <sup>3</sup> Inyecciones para las alergias Servicios para tratamiento de la infertilidad Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla La mayoría de las pruebas de laboratorio e imágenes diagnósticas Imágenes por resonancia magnética (RM)/tomografía computarizada (TC)/ tomografía por emisión de positrones (TEP) Cirugía para pacientes ambulatorios	\$0 (después del deducible) \$0 \$0 \$0 \$0 \$0 (después del deducible) Sin cobertura <sup>6</sup> \$0 (después del deducible) \$0 (después del deducible) \$50 (después del deducible) \$150 por procedimiento (después del deducible)
<b>SERVICIOS DE EMERGENCIA</b> Consultas al Departamento de Emergencias (no se aplica si el paciente es ingresado en el hospital directamente) Ambulancia	\$100 (después del deducible) \$100 (después del deducible)
<b>RECETAS MÉDICAS<sup>7</sup></b> Medicamento genérico Medicamento de marca	(hasta un suministro de 30 días) \$10 (después del deducible) \$30 (después del deducible)
<b>ATENCIÓN EN HOSPITAL</b> Servicios médicos, habitación y alimentación, pruebas, medicamentos, suministros y terapias Atención en un centro de enfermería especializada (hasta 100 días por período de beneficios)	\$300 por día (después del deducible) 0% por hospitalización (después del deducible)
<b>SERVICIOS DE SALUD MENTAL</b> En el consultorio médico  En el hospital	\$0 (después del deducible para terapia individual) \$0 (después del deducible para terapia grupal) \$300 por día (después del deducible)
<b>SERVICIOS DE FARMACODEPENDENCIA</b> En el consultorio médico En el hospital (solo desintoxicación)	\$0 (después del deducible para terapia individual) \$300 por día (después del deducible)
<b>OTROS</b> Determinado equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) <sup>8</sup> Determinados dispositivos protésicos y ortopédicos Óptica (artículos para la visión) <sup>9</sup> Examen de la vista Atención médica a domicilio (hasta 100 visitas de dos horas por año calendario) Cuidados paliativos	\$0 (después del deducible) \$0 (después del deducible) Sin cobertura \$0 (después del deducible) \$0 (después del deducible) \$0 (después del deducible)

Los planes de Kaiser Permanente no incluyen una cláusula de condición preexistente.

En este plan, los servicios preventivos están disponibles sin costos compartidos. Para una lista completa de los servicios preventivos, consulte la *Evidencia de Cobertura* o [businessnet.kp.org](http://businessnet.kp.org) (en inglés).

<sup>1</sup>Este es un plan integral. Para una familia de dos o más personas, el deducible familiar se aplica a toda la familia. Una vez que se alcance el deducible familiar (por un miembro de la familia o por una combinación de miembros de la familia), la familia es elegible para pagar solo los copagos o el coseguro. La misma metodología se aplica a los gastos máximos de bolsillo.

<sup>2</sup>El gasto máximo de bolsillo es el monto máximo que un individuo o familia pagará por determinados servicios en un año calendario.

<sup>3</sup>El deducible no se aplica a este servicio.

<sup>4</sup>Las consultas prenatales programadas y la primera consulta posparto.

<sup>5</sup>Consultas de bienestar infantil hasta los 23 meses de edad.

<sup>6</sup>Los beneficios para tratamiento de la infertilidad se pueden agregar a este plan por un costo adicional. Para obtener más información, comuníquese con su agente o representante de Kaiser Permanente.

<sup>7</sup>Los medicamentos recetados están cubiertos de conformidad con nuestra lista de medicamentos recetados disponibles cuando los receta un médico del plan y se obtienen en farmacias del plan. Algunos medicamentos tienen diferentes copagos; consulte la *Evidencia de Cobertura* para obtener información detallada sobre los copagos de medicamentos recetados.

<sup>8</sup>Consulte la *Evidencia de Cobertura* para obtener información sobre lo que está incluido en sus beneficios de DME. La cobertura es limitada.

<sup>9</sup>Los miembros de Kaiser Permanente tienen derecho a un 20 por ciento de descuento en anteojos y lentes de contacto comprados en centros ópticos de Kaiser Permanente. Estos descuentos no se pueden combinar con ningún otro beneficio de la vista del plan de salud. Los descuentos no se aplicarán a ninguna oferta, promoción o programa de paquetes de artículos para la visión, a ningún acuerdo de compra a largo plazo, o a ayudas o dispositivos para personas con visión disminuida. Visite [kp2020.org](http://kp2020.org) (en inglés) para conocer las direcciones de los centros ópticos de Kaiser Permanente.