

PLAN HMO CON DEDUCIBLE DE \$0/\$2,800 QUE CALIFICA PARA UNA HSA DE KAISER PERMANENTE

CARACTERÍSTICAS	EL MIEMBRO PAGA
DEDUCIBLE POR AÑO CALENDARIO¹ Individual/familia	\$2,800/\$5,450
DEDUCIBLE DE FARMACIA POR AÑO CALENDARIO	N/D
GASTOS MÁXIMOS DE BOLSILLO ANUALES^{1,2} Individual/familia	\$4,500/\$9,000
EN EL CONSULTORIO MÉDICO Visitas al consultorio médico Exámenes preventivos ³ Maternidad/atención prenatal ^{3,4} Visitas de atención preventiva de bienestar infantil ^{3,5} Vacunas (inmunizaciones) ³ Inyecciones para las alergias Servicios para el 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) No tiene cobertura ⁶ \$0 (después del deducible) \$0 (después del deducible) \$50 (después del deducible) \$250 por procedimiento (después del deducible)
SERVICIOS DE EMERGENCIA 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)
RECETAS MÉDICAS⁷ Medicamentos genéricos Medicamentos recetados de marca	(suministro para 30 días como máximo) \$10 (después del deducible) \$30 (después del deducible)
ATENCIÓN EN EL HOSPITAL Servicios médicos, habitación y alimentación, pruebas, medicamentos, suministros y terapias Atención en un centro de enfermería especializada (hasta 100 días por período de beneficios)	\$450 por día (después del deducible) \$0 por hospitalización (después del deducible)
SERVICIOS DE SALUD MENTAL En el consultorio médico En el hospital	\$0 (después del deducible para terapia individual) \$0 (después del deducible para terapia grupal) \$450 por día (después del deducible)
SERVICIOS PARA LA FARMACODEPENDENCIA En el consultorio médico En el hospital (solo desintoxicación)	\$0 (después del deducible para terapia individual) \$450 por día (después del deducible)
OTROS Determinado equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) ⁸ Determinados dispositivos protésicos y ortésicos Óptica (artículos para la visión) ⁹ 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 (en inglés).

¹Este es un plan integrado. Para una familia de 2 o más miembros, un deducible individual es parte del deducible familiar. Cada miembro de la familia es elegible para pagar solo el copago o el coseguro después de alcanzar su deducible individual o después de que la familia haya alcanzado el deducible familiar. La misma metodología se aplica a los gastos máximos de bolsillo.

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

³El deducible no se aplica a este servicio.

⁴Las consultas prenatales programadas y la primera consulta posparto

⁵Consultas de rutina de bienestar infantil hasta los 23 meses de edad

⁶Los beneficios para 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.

⁷Los 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.

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

⁹Los 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 para conocer las direcciones de los centros ópticos de Kaiser Permanente.