

KAISER PERMANENTE \$30/\$3,000 HSA-QUALIFIED DEDUCTIBLE HMO PLAN

CARACTERÍSTICAS	EL MIEMBRO PAGA
DEDUCIBLE POR AÑO CALENDARIO¹ Individual/familiar	\$3,000/\$6,000
DEDUCIBLE DE FARMACIA POR AÑO CALENDARIO	N/D
GASTOS MÁXIMOS DE BOLSILLO ANUALES^{1,2} Individual/familiar	\$5,950/\$11,900
EN EL CONSULTORIO MÉDICO Visitas al consultorio médico Exámenes preventivos ³ Maternidad/atención prenatal ^{3,4} Visitas de atención preventiva del niño sano ^{3,5} Vacunas (inmunizaciones) ³ 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	\$30 (después del deducible) \$0 \$0 \$0 \$0 \$5 (después del deducible) No tiene cobertura ⁶ \$30 (después del deducible) \$10 (después del deducible) \$50 (después del deducible) 30% (después del deducible)
SERVICIOS DE EMERGENCIA Consultas al Departamento de Emergencias (no se aplica si el paciente es ingresado en el hospital directamente) Ambulancia	30% (después del deducible) \$100 (después del deducible)
RECETAS MÉDICAS⁷ Medicamento genérico Medicamento de marca	(hasta un suministro de 30 días) \$10 (después del deducible) \$30 (después del deducible)
ATENCIÓN EN 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)	30% por hospitalización (después del deducible) 30% por hospitalización (después del deducible)
SERVICIOS DE SALUD MENTAL En el consultorio médico En el hospital	\$30 (después del deducible para terapia individual) \$15 (después del deducible para terapia grupal) 30% por hospitalización (después del deducible)
SERVICIOS DE FARMACODEPENDENCIA En el consultorio médico En el hospital (solo desintoxicación)	\$30 (después del deducible para terapia individual) 30% por hospitalización (después del deducible)
OTROS Determinado equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) ⁸ Determinados dispositivos protésicos y ortopédicos 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	20% (después del deducible) \$0 (después del deducible) Sin cobertura \$30 (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 dos o más personas, 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 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 (en inglés) para conocer las direcciones de los centros ópticos de Kaiser Permanente.