

KAISER PERMANENTE \$15 COPAYMENT HMO PLAN

CARACTERÍSTICAS	EL MIEMBRO PAGA
DEDUCIBLE POR AÑO CALENDARIO	\$0
DEDUCIBLE DE FARMACIA POR AÑO CALENDARIO	N/D
GASTOS MÁXIMOS DE BOLSILLO ANUALES¹ Individual/familiar	\$2,500/\$5,000
EN EL CONSULTORIO MÉDICO Visitas al consultorio médico Exámenes preventivos Maternidad/atención prenatal ² Visitas preventivas del niño sano ³ Vacunas (inmunizaciones) 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	\$15 \$0 \$0 \$0 \$0 \$5 50% \$15 \$10 \$50 \$100 por procedimiento
SERVICIOS DE EMERGENCIA Consultas al Departamento de Emergencias (no se aplica si el paciente es ingresado en el hospital directamente) Ambulancia	\$100 \$75
RECETAS MÉDICAS⁴ Medicamento genérico ⁵ Medicamento de marca ⁵	(suministro para 30 días como máximo) \$10 \$25
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)	\$200 por día \$0
SERVICIOS DE SALUD MENTAL En el consultorio médico En el hospital	\$15 individual \$7 grupal \$200 por día
SERVICIOS DE FARMACODEPENDENCIA En el consultorio médico En el hospital (solo desintoxicación)	\$15 individual \$200 por día
OTROS Determinado equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) ⁶ Determinados dispositivos protésicos y ortopédicos Óptica (artículos para la visión) ⁷ Examen de la vista Atención médica a domicilio (hasta 100 visitas de dos horas por año calendario) Cuidados paliativos	20% \$0 asignación de \$150 \$0 \$0 \$0

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

En este plan, los servicios preventivos están disponibles sin costos compartidos. Para ver una lista completa de los servicios preventivos, consulte la *Evidencia de Cobertura* o vaya a businessnet.kp.org (en inglés).

¹El gasto máximo de bolsillo es la cantidad máxima que un individuo o familia pagará por determinados servicios en un año calendario.

²Las visitas prenatales programadas y la primera visita posparto.

³Visitas de rutina para el niño sano hasta los 23 meses de edad.

⁴Los medicamentos recetados están cubiertos de conformidad con nuestra lista de fármacos 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.

⁵El deducible no se aplica a este servicio.

⁶El monto máximo admisible para el DME es de \$2,000.

⁷Asignación para el costo de lentes de anteojos, armazones, y la adaptación y entrega de lentes de contacto cada 24 meses.