

KAISER PERMANENTE \$30 COPAYMENT HMO PLAN

CARACTERÍSTICAS	EL MIEMBRO PAGA
DEDUCIBLE POR AÑO CALENDARIO	\$0
DEDUCIBLE DE FARMACIA POR AÑO CALENDARIO	\$250 por medicamento recetado de marca
GASTOS MÁXIMOS DE BOLSILLO ANUALES¹ Individual/familiar	\$3,000/\$6,000
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	\$30 \$0 \$0 \$0 \$0 \$5 Sin cobertura ⁴ \$30 \$10 \$50 \$200 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 MÉDICAS⁵ Medicamento genérico ⁶ Medicamento de marca	(hasta un suministro para 100 días) \$10 \$35 (después del deducible de farmacia)
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)	\$400 por día \$0
SERVICIOS DE SALUD MENTAL En el consultorio médico En el hospital	\$30 individual \$15 grupal \$400 por día
SERVICIOS DE FARMACODEPENDENCIA En el consultorio médico En el hospital (solo desintoxicación)	\$30 individual \$400 por día
OTROS Determinado equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) ⁷ Determinados dispositivos protésicos y ortopédicos Óptica (artículos para la visión) ⁸ Examen de la vista Atención médica a domicilio(hasta 100 visitas de dos horas por año calendario) Cuidados paliativos	50% \$0 Sin cobertura \$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 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.

⁵Los 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.

⁶El deducible no se aplica a este servicio.

⁷Consulte la *Evidencia de Cobertura* para obtener información sobre lo que está incluido en sus beneficios para equipo médico duradero. La cobertura es limitada.

⁸Los 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.