

# KAISER PERMANENTE \$5 COPAYMENT HMO PLAN

CARACTERÍSTICAS	EL MIEMBRO PAGA
<b>DEDUCIBLE POR AÑO CALENDARIO</b>	\$0
<b>DEDUCIBLE DE FARMACIA POR AÑO CALENDARIO</b>	N/D
<b>GASTOS MÁXIMOS DE BOLSILLO ANUALES<sup>1</sup></b> Individual/familiar	\$1,500/\$3,000
<b>EN EL CONSULTORIO MÉDICO</b> Visitas al consultorio médico Exámenes preventivos Maternidad/atención prenatal <sup>2</sup> Visitas preventivas del niño sano <sup>3</sup> 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	\$5 \$0 \$0 \$0 \$0 \$0 \$0 50% \$5 \$10 \$50 \$5 por procedimiento
<b>SERVICIOS DE EMERGENCIA</b> Consultas al Departamento de Emergencias (no se aplica si el paciente es ingresado en el hospital directamente) Ambulancia	\$100 \$75
<b>RECETAS MÉDICAS<sup>4</sup></b> Medicamento genérico <sup>5</sup> Medicamento de marca <sup>5</sup>	(hasta un suministro para 100 días) \$5 \$15
<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)	\$0 \$0
<b>SERVICIOS DE SALUD MENTAL</b> En el consultorio médico  En el hospital	\$5 individual \$2 grupal \$0
<b>SERVICIOS DE FARMACODEPENDENCIA</b> En el consultorio médico En el hospital (solo desintoxicación)	\$5 individual \$0
<b>OTROS</b> Determinado equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) <sup>6</sup> Determinados dispositivos protésicos y ortopédicos Óptica (artículos para la visión) <sup>7</sup> 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](http://businessnet.kp.org) (en inglés).

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

<sup>2</sup>Las visitas prenatales programadas y la primera visita posparto.

<sup>3</sup>Visitas de rutina para el niño sano hasta los 23 meses de edad.

<sup>4</sup>Los 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.

<sup>5</sup>El deducible no se aplica a este servicio.

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

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