

GOLD 80 HMO 250/25 + CHILD DENTAL + INFERTILITY*

PLAN HMO con deducible

CARACTERÍSTICAS	EL MIEMBRO PAGA
DEDUCIBLE DEL PLAN Integrado	Individual: \$250 ¹ Familia: \$500 ¹
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO Integrado	Individual: \$7,800 ^{2,3} Familia: \$15,600 ^{2,3}
EN EL CONSULTORIO MÉDICO Visitas de atención médica primaria Visitas de atención de urgencia Visitas al consultorio de atención especializada Exámenes preventivos, vacunas (inmunizaciones) Atención prenatal Atención posparto Visitas de atención preventiva para el bienestar infantil Inyecciones para las alergias Servicios para el tratamiento de la infertilidad Terapia física, ocupacional y del habla La mayoría de los análisis de laboratorio La mayoría de los rayos X y pruebas diagnósticas La mayoría de los estudios de imágenes por resonancia magnética/ tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones Cirugía ambulatoria (por servicio)	\$25 \$25 \$50 \$0 ⁴ \$0 ⁵ \$0 ⁵ \$0 ⁶ \$5 50 % \$25 \$25 \$65 \$275 \$340
SERVICIOS DE EMERGENCIA Visitas al Departamento de Emergencias (no se aplica si le hospitalizan directamente) Ambulancia	\$250 (una vez aplicado el deducible del plan) \$250 (una vez aplicado el deducible del plan)
MEDICAMENTOS CON RECETA MÉDICA Medicamentos genéricos (suministro para 30 días como máximo) Medicamentos de marca (suministro para 30 días como máximo) Medicamentos especializados (suministro para 30 días como máximo)	\$15 ⁷ \$50 ⁷ 20 % por receta médica, hasta un máximo de \$250 ⁷
ATENCIÓN EN EL HOSPITAL Servicios de médicos, habitación y alimentación, pruebas, medicamentos, suministros, terapias, servicios para el parto Atención en un centro de enfermería especializada (hasta 100 días por período de beneficios)	\$600 por día hasta 5 días por hospitalización (después del deducible) ⁸ \$300 por día hasta 5 días por hospitalización (después del deducible) ⁸
SERVICIOS DE SALUD MENTAL En el consultorio médico En el hospital	\$25 \$600 por día hasta 5 días por hospitalización (una vez aplicado el deducible del plan) ⁸
SERVICIOS PARA LA FARMACODEPENDENCIA En el consultorio médico En el hospital (solo desintoxicación)	\$25 \$600 por día hasta 5 días por hospitalización (una vez aplicado el deducible del plan) ⁸
OTROS Teleconsultas Servicios quiroprácticos y de acupuntura Determinado equipo médico duradero (DME) (suplementario y básico) Determinados dispositivos protésicos y ortésicos Óptica pediátrica (artículos para la visión) Examen de la vista pediátrico Óptica para adultos (artículos para la visión) Examen de la vista para adultos (para refracciones oculares) Atención médica a domicilio (hasta 100 visitas por año) Cuidados paliativos	\$0 \$25 por consulta para servicios de acupuntura con remisión de un médico; los servicios quiroprácticos no tienen cobertura 20 % ⁹ \$0 1 par de anteojos o lentes de contacto por año ¹⁰ \$0 Sin cobertura ¹¹ \$0 \$30 por visita \$0

(continúa)

(continuación)

¹Este plan tiene un deducible integrado y un gasto máximo de bolsillo. Cada uno de los miembros de la familia empezará a pagar copagos o coseguros después de alcanzar su propio deducible individual, o el gasto máximo de bolsillo (según el beneficio), cuando se alcance el deducible familiar o el gasto máximo de bolsillo. Los miembros individuales de la familia dejarán de estar sujetos al costo compartido cuando alcancen su propio gasto máximo de bolsillo individual o cuando se alcance el gasto máximo de bolsillo familiar.

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

³Este plan tiene un gasto máximo de bolsillo integrado. Los miembros individuales de la familia dejarán de estar sujetos al costo compartido cuando alcancen su propio gasto máximo de bolsillo individual o cuando se alcance el gasto máximo de bolsillo familiar.

⁴Los análisis de laboratorio, los rayos X y las vacunas con fines preventivos tienen cobertura como parte del examen preventivo.

⁵Las visitas prenatales programadas y la primera visita posparto.

⁶Las visitas de bienestar infantil hasta los 23 meses de edad.

⁷Los medicamentos de venta con receta tienen cobertura 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 copagos diferentes. Para obtener información sobre nuestra lista de medicamentos recetados disponibles, incluidos los medicamentos especializados, visite kp.org/formulary (en inglés) o llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.

⁸Después de 5 días, los días adicionales para la misma hospitalización tienen cobertura sin cargo.

⁹Tienen cobertura los DME básicos y suplementarios. El DME suplementario está limitado a un beneficio máximo combinado de \$2,000 por año para los servicios (una vez aplicado el deducible del plan). Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener información sobre lo que está incluido en sus beneficios de DME.

¹⁰Menores de 19 años. Un par de anteojos de una selección limitada.

¹¹Los miembros de Kaiser Permanente tienen derecho a un 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 de lentes de contacto 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.

Esto es solamente un resumen de beneficios y está sujeto a cambios. La *Evidencia de Cobertura* de KFHP y el *Certificado de Seguro* de KPIC contienen una explicación completa de los beneficios, las exclusiones y las limitaciones. La información que se ofrece no tiene como fin describir todos los beneficios incluidos en cada plan, ni tampoco está diseñada para servir como la *Evidencia de Cobertura* o el *Certificado de Seguro*.