

# PLATINUM 90 HMO 0/10 + CHILD DENTAL ALT<sup>†</sup> + INFERTILITY\*

## Plan HMO con copago

<sup>†</sup>La abreviatura "ALT" en los nombres de los planes se usa para designar los planes "alternativos" desarrollados por Kaiser Permanente que complementan los disponibles a través de Covered California for Small Business. Hay planes alternativos a nivel Platinum, Gold y Silver, y proporcionan una variedad más amplia de beneficios de planes, incluidos los servicios quiroprácticos y de acupuntura para Small Business de 1 a 100 empleados.

CARACTERÍSTICAS	EL MIEMBRO PAGA
<b>DEDUCIBLE DEL PLAN</b>	\$0
<b>GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO</b> Integrado	Individual: \$3,000 <sup>1,2</sup> Familia: \$6,000 <sup>1,2</sup>
<b>EN EL CONSULTORIO MÉDICO</b> 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)	\$10 \$10 \$20 \$0 <sup>3</sup> \$0 <sup>4</sup> \$0 <sup>4</sup> \$0 <sup>5</sup> \$5 50 % \$10 \$20 \$40 \$150 \$300
<b>SERVICIOS DE EMERGENCIA</b> Visitas al Departamento de Emergencias (no se aplica si le hospitalizan directamente) Ambulancia	\$200 \$150
<b>MEDICAMENTOS CON RECETA MÉDICA</b> 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)	\$5 <sup>6</sup> \$15 <sup>6</sup> 10 % por receta médica, hasta un máximo de \$250 <sup>6</sup>
<b>ATENCIÓN EN EL HOSPITAL</b> 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)	\$500 por hospitalización \$250 por hospitalización
<b>SERVICIOS DE SALUD MENTAL</b> En el consultorio médico En el hospital	\$10 \$500 por hospitalización
<b>SERVICIOS PARA LA FARMACODEPENDENCIA</b> En el consultorio médico En el hospital (solo desintoxicación)	\$10 \$500 por hospitalización
<b>OTROS</b> 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 \$15 por visita (20 visitas combinadas por año) 10 % <sup>7</sup> \$0 1 par de anteojos o lentes de contacto por año <sup>8</sup> \$0 Asignación de \$175 <sup>9</sup> \$0 \$0 \$0

<sup>1</sup> Este 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.

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

<sup>3</sup> Los análisis, los rayos X y las vacunas con fines preventivos tienen cobertura como parte del examen preventivo.

<sup>4</sup> Las visitas prenatales programadas y la primera visita posparto.

<sup>5</sup> Las visitas de bienestar infantil hasta los 23 meses de edad.

<sup>6</sup> Los 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](http://kp.org/formulary) (en inglés) o llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.

<sup>7</sup> Tienen cobertura los DME básicos y suplementarios. El DME suplementario está limitado a un beneficio máximo combinado de \$2,000 por año para los servicios. Consulte la *Evidencia de Cobertura* para obtener información sobre lo que está incluido en sus beneficios de DME.

<sup>8</sup> Menores de 19 años. Un par de anteojos de una selección limitada.

<sup>9</sup> Asignación para el costo de lentes de anteojos, armazones, y la adaptación y entrega de lentes de contacto cada 24 meses.

**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*.