

PLATINUM 90 HMO 0/10* + CHILD DENTAL ALT† + INFERTILITY

Plan de HMO con Copago

† La abreviatura "ALT" en los nombres de los planes se usa para designar los planes "alternativos" desarrollados por Kaiser Permanente que complementan aquellos planes disponibles a través de Covered California para pequeñas empresas. Los planes alternativos están disponibles en los niveles Platinum, Gold y Silver, y ofrecen una variedad más amplia de beneficios de planes, como servicios quiroprácticos o de acupuntura para pequeñas empresas de 1 a 100 empleados.

CARACTERÍSTICAS	EL MIEMBRO PAGA
DEDUCIBLE DEL PLAN	\$0
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO Integrado	Individual: \$3,000 ^{1,2} Familiar: \$6,000 ^{1,2}
EN EL CONSULTORIO MÉDICO	
Consultas de atención primaria	\$10
Consultas de atención de urgencia	\$10
Visitas al consultorio de atención especializada	\$20
Exámenes preventivos, vacunas	\$0 ³
Atención prenatal	\$0 ⁴
Atención posparto	\$0 ⁴
Consultas de atención preventiva para el bienestar infantil	\$0 ⁵
Inyecciones para las alergias	\$5 por consulta
Servicios para tratar la infertilidad	50 %
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	\$10
La mayoría de los análisis de laboratorio	\$20
La mayoría de las radiografías y pruebas de diagnóstico	\$40
La mayoría de las resonancias magnéticas y tomografías computarizadas o por emisión de positrones	\$150
Cirugía para pacientes ambulatorios (por procedimiento)	\$300
SERVICIOS DE EMERGENCIA	
Consultas en el Departamento de Emergencias (el cargo no se exige si es admitido directamente al hospital)	\$200
Ambulancia	\$150
MEDICAMENTOS RECETADOS	
Medicamentos genéricos (suministro de hasta 30 días)	\$5 ⁶
Medicamentos de marca (suministro de hasta 30 días)	\$15 ⁶
Medicamentos especializados (suministro de hasta 30 días)	10 % por receta médica, hasta un máximo de \$250 ⁶
ATENCIÓN HOSPITALARIA	
Servicios de médicos, habitación y alimentación, exámenes, medicamentos, suministros, terapias, servicios para el parto	\$500 por hospitalización
Atención en un centro de enfermería especializada (hasta 100 días por período de beneficios)	\$250 por hospitalización
SERVICIOS DE SALUD MENTAL	
En el consultorio médico	\$10
En el hospital	\$500 por hospitalización
SERVICIOS DE FARMACODEPENDENCIA	
En el consultorio médico	\$10
En el hospital (solo desintoxicación)	\$500 por hospitalización
OTROS	
Teleconsultas	\$0
Servicios quiroprácticos y de acupuntura	\$15 por consulta (20 consultas combinadas por año)
Determinados artículos de equipo médico duradero (suplementario y básico)	10 % ⁷
Determinados dispositivos protésicos y ortésicos	\$0
Óptica pediátrica (artículos para la vista)	1 par de lentes o lentes de contacto por año ⁸
Examen de la vista pediátrico	\$0
Óptica para adultos (artículos para la vista)	Asignación de \$175 ⁹
Examen de la vista para adultos (de refracciones oculares)	\$0
Atención médica a domicilio (hasta 100 consultas por año)	\$0
Cuidados paliativos	\$0

(continuación)

-
- ¹ Este plan tiene un gasto máximo de bolsillo integrado. Individualmente, los familiares no están sujetos al costo compartido cuando alcanzan su gasto máximo de bolsillo individual o cuando se alcanza el gasto máximo de bolsillo de la familia.
- ² El gasto máximo de bolsillo es el monto máximo que una persona o familia pagarán por determinados servicios en un año.
- ³ Los análisis de laboratorio, las radiografías y las vacunas con fines preventivos tienen cobertura como parte del examen preventivo.
- ⁴ Consultas prenatales programadas y la primera consulta posparto.
- ⁵ Consultas de bienestar infantil hasta los 23 meses de edad.
- ⁶ Los medicamentos recetados tienen cobertura de acuerdo 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, ingrese a kp.org/formulary (haga clic en "Español") o llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.
- ⁷ Se brinda cobertura para equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) básico y suplementario. El DME suplementario se limita a un beneficio máximo combinado de \$2,000 por año para los servicios. Consulte la *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* para obtener información sobre lo que está incluido en su beneficio de DME.
- ⁸ Para menores de 19 años. Un par de lentes de una selección limitada.
- ⁹ Asignación para el costo de lentes de anteojos, montaduras de gafas, y la adaptación y entrega de lentes de contacto cada 24 meses.

Esto es solo un resumen de beneficios y está sujeto a cambios. En la *Evidencia de Cobertura* de Kaiser Foundation Health Plan (KFHP) y en el *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* de Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC), se brinda una explicación completa de los beneficios, las exclusiones y las limitaciones. La información que se proporciona no tiene como fin describir todos los beneficios incluidos en cada plan, ni tampoco está diseñada para funcionar como *Evidencia de Cobertura* o *Certificado de Seguro*.