

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

## Copay HMO Plan

† La abreviatura "ALT" se usa para designar planes desarrollados por Kaiser Permanente, que son diferentes de los planes estándar y están disponibles a través de Covered California para Pequeñas Empresas. Este plan Alt también incluye beneficios en quiropráctica y acupuntura.

CARACTERÍSTICAS	EL MIEMBRO PAGA
<b>DEDUCIBLE DEL PLAN</b> Integrado	\$0
<b>GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO</b> Integrado	Individual: \$3,000 <sup>1,2</sup> Familiar: \$6,000 <sup>1,2</sup>
<b>EN EL CONSULTORIO MÉDICO</b> Consultas de atención primaria	\$10
Consultas de atención de urgencia	\$10
Visitas al consultorio de atención especializada	\$20
Exámenes preventivos, vacunas	\$0 <sup>3</sup>
Atención prenatal	\$0 <sup>4</sup>
Atención posparto	\$0 <sup>4</sup>
Consultas de atención preventiva para el bienestar infantil	\$0 <sup>5</sup>
Inyecciones para las alergias	\$5 por consulta
Servicios para tratar la infertilidad	50 %
Fisioterapia, terapia del habla y ocupacional	\$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
<b>SERVICIOS DE EMERGENCIA</b> Consultas en el Departamento de Emergencias (el cargo no se exige si es admitido directamente al hospital)	\$200
Ambulancia	\$150
<b>MEDICAMENTOS</b> Medicamentos genéricos (suministro de hasta 30 días)	\$5 <sup>6</sup>
Medicamentos de marca (suministro de hasta 30 días)	\$15 <sup>6</sup>
Medicamentos especializados (suministro de hasta 30 días)	10 % por receta médica, hasta un máximo de \$250 <sup>6</sup>
<b>ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS</b> Servicios de médicos, habitación y comidas, exámenes, medicamentos, suministros, terapias, servicios para el parto	\$500 por hospitalización
Atención en un centro de enfermería especializada (hasta 100 días por periodo de beneficios)	\$250 por hospitalización
<b>SERVICIOS DE SALUD MENTAL</b> Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$10
Paciente hospitalizado (en el hospital)	\$500 por hospitalización
<b>SERVICIOS PARA TRATAR TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS</b> Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$10
Paciente hospitalizado (solo desintoxicación)	\$500 por hospitalización
<b>OTROS</b> Teleconsultas	\$0
Servicios quiroprácticos y de acupuntura	\$15 por consulta (20 consultas combinadas por año)
Determinado equipo médico duradero (suplementario y básico)	10 % <sup>7</sup>
Determinados dispositivos protésicos y ortésicos	\$0
Óptica pediátrica (artículos para la vista)	1 par de lentes o lentes de contacto por año <sup>8</sup>
Examen de la vista pediátrico	\$0
Óptica para adultos (artículos para la vista)	Asignación de \$175 <sup>9</sup>
Examen de la vista para adultos (de refracciones oculares)	\$0
Atención médica a domicilio (hasta 100 consultas por año)	\$0
Cuidados paliativos	\$0

(continúa)

(continuación)

<sup>1</sup> 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.

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

<sup>3</sup> Los análisis de laboratorio, las radiografías y las vacunas con fines preventivos tienen cobertura como parte del examen preventivo.

<sup>4</sup> Consultas prenatales programadas y la primera consulta posparto.

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

<sup>6</sup> 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](https://kp.org/formulary) (haga clic en "Español") o llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.

<sup>7</sup> 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.

<sup>8</sup> Para menores de 19 años. Un par de lentes de una selección limitada.

<sup>9</sup> 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*.