

PLATINUM 90 HMO 0/20* + CHILD DENTAL + INFERTILITY

COPAY HMO PLAN

CARACTERÍSTICAS	EL MIEMBRO PAGA
DEDUCIBLE DEL PLAN Integrado	\$0
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO Integrado	Individual: \$4,500 ^{1,2} Familiar: \$9,000 ^{1,2}
EN EL CONSULTORIO MÉDICO	
Consultas de atención primaria	\$20
Consultas de atención de urgencia	\$20
Visitas al consultorio de atención especializada	\$30
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 del habla y ocupacional	\$20
La mayoría de los análisis de laboratorio	\$20
La mayoría de las radiografías y pruebas de diagnóstico	\$30
La mayoría de las resonancias magnéticas y tomografías computarizadas o por emisión de positrones	\$100
Cirugía para pacientes ambulatorios (por procedimiento)	\$125
SERVICIOS DE EMERGENCIA	
Consultas en el Departamento de Emergencias (el cargo no se exige si es admitido directamente al hospital)	\$150
Ambulancia	\$150
MEDICAMENTOS	
Medicamentos genéricos (suministro de hasta 30 días)	\$5 ⁶
Medicamentos de marca (suministro de hasta 30 días)	\$20 ⁶
Medicamentos especializados (suministro de hasta 30 días)	10 % por receta médica, hasta un máximo de \$250 ⁶
ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	
Servicios de médicos, habitación y comidas, exámenes, medicamentos, suministros, terapias, servicios para el parto	\$250 por día, hasta 5 días por hospitalización ⁷
Atención en un centro de enfermería especializada (hasta 100 días por periodo de beneficios)	\$150 por día, hasta 5 días por hospitalización ⁷
SERVICIOS DE SALUD MENTAL	
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$20
Paciente hospitalizado (en el hospital)	\$250 por día, hasta 5 días por hospitalización ⁷
SERVICIOS PARA TRATAR TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS	
Paciente ambulatorio (en el consultorio médico)	\$20
Paciente hospitalizado (solo desintoxicación)	\$250 por día, hasta 5 días por hospitalización ⁷
OTROS	
Teleconsultas	\$0
Servicios quiroprácticos y de acupuntura	\$20 por consulta para servicios de acupuntura con referencia de un médico; los servicios quiroprácticos no tienen cobertura.
Determinado equipo médico duradero (suplementario y básico)	10 % ⁸
Determinados dispositivos protésicos y ortésicos	\$0
Óptica pediátrica (artículos para la vista)	1 par de lentes o lentes de contacto por año ⁹
Examen de la vista pediátrico	\$0
Óptica para adultos (artículos para la vista)	Sin cobertura ¹⁰
Examen de la vista para adultos (de refracciones oculares)	\$0
Atención médica a domicilio (hasta 100 consultas por año)	\$20 por consulta
Cuidados paliativos	\$0

(continúa)

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

⁸ 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.

⁹ Para menores de 19 años. Un par de lentes de una selección limitada.

¹⁰ Los miembros de Kaiser Permanente tienen derecho a recibir un descuento en los lentes y lentes de contacto que compren 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 ni programa de paquetes de artículos para la vista; a ningún acuerdo de compra de lentes de contacto a largo plazo; ni a ayudas o dispositivos para personas con vista disminuida. Ingrese a kp2020.org (en inglés) para conocer las ubicaciones de los centros ópticos de Kaiser Permanente.

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*.