

# KAISER PERMANENTE \$30/\$1,500 DEDUCTIBLE HMO PLAN

CARACTERÍSTICAS	EL PACIENTE PAGA
<b>DEDUCIBLE POR AÑO CALENDARIO<sup>1</sup></b> Individual/Familiar	\$1,500/\$3,000
<b>DEDUCIBLE POR AÑO CALENDARIO PARA GASTOS DE FARMACIA</b>	N/A
<b>GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO ANUAL<sup>1,2</sup></b> Individual/Familiar	\$3,500/\$7,000
<b>EN EL CONSULTORIO MÉDICO</b> Visitas al consultorio <sup>3</sup> Exámenes preventivos <sup>3</sup> Cuidados de maternidad/Atención prenatal <sup>3,4</sup> Consultas de atención preventiva para el bienestar infantil <sup>3,5</sup> Vacunas <sup>3</sup> Inyecciones para las alergias Servicios para tratar la infertilidad Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla La mayoría de los análisis de laboratorio y las imágenes diagnósticas Resonancias magnéticas y tomografías computarizadas o por emisión de positrones Cirugía para pacientes ambulatorios	\$30 \$0 \$0 \$0 \$0 \$5 (después del deducible) Sin cobertura <sup>6</sup> \$30 (después del deducible) \$10 (después del deducible) \$50 (después del deducible) \$250 por procedimiento (después del deducible)
<b>SERVICIOS DE EMERGENCIA</b> Consultas en el Departamento de Emergencias (el cargo no se exige si es admitido directamente al hospital) Ambulancia	\$100 (después del deducible) \$75 (después del deducible)
<b>MEDICAMENTOS RECETADOS<sup>3,7</sup></b> Genéricos De marca	(suministro de hasta 30 días) \$10 \$30
<b>ATENCIÓN HOSPITALARIA</b> Servicios de médicos, habitación y alimentación, exámenes, medicamentos, suministros, terapias Atención en un centro de enfermería especializada (hasta 60 días por período de beneficios)	\$500 por día (después del deducible) \$50 por día (después del deducible)
<b>SERVICIOS DE SALUD MENTAL</b> En el consultorio médico <sup>3</sup>  En el hospital	\$30 (por terapia individual) \$15 (por terapia grupal) \$500 por día (después del deducible)
<b>SERVICIOS DE FARMACODEPENDENCIA</b> En el consultorio médico <sup>3</sup> En el hospital (solo desintoxicación)	\$30 (por terapia individual) \$500 por día (después del deducible)
<b>OTROS</b> Determinados artículos de equipo médico duradero <sup>8</sup> Determinados dispositivos protésicos y ortésicos Óptica (artículos para la vista) <sup>9</sup> Examen de la vista <sup>3</sup> Atención médica a domicilio (hasta 100 consultas de dos horas por año calendario) <sup>3</sup> Cuidados paliativos <sup>3</sup>	30 % \$0 Sin cobertura \$0 \$0 \$0

Los planes de Kaiser Permanente no incluyen una cláusula relativa a los problemas de salud que tenía desde antes de solicitar seguro médico. Los servicios preventivos de este plan están disponibles sin costo compartido. Para obtener una lista completa de los servicios preventivos, consulte la *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o ingrese a [businessnet.kp.org](http://businessnet.kp.org) (en inglés).

<sup>1</sup> Este es un plan integrado. Para una familia de dos o más integrantes, el deducible individual forma parte del deducible familiar. Cada familiar comienza a ser elegible para pagar copagos o coseguros después de alcanzar su deducible individual, o bien, después de que la familia alcanza conjuntamente el deducible familiar. La misma metodología se aplica al gasto máximo de bolsillo.

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

<sup>3</sup> A este servicio no se aplica el deducible.

<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 beneficios para tratar la infertilidad se pueden agregar a este plan por un costo adicional. Para obtener más información, comuníquese con su agente o representante de Kaiser Permanente.

<sup>7</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; consulte la *Evidencia de Cobertura* para obtener información detallada sobre los copagos de medicamentos recetados.

<sup>8</sup> Consulte la *Evidencia de Cobertura* para obtener información sobre lo que está incluido en su beneficio de equipo médico duradero. La cobertura es limitada.

<sup>9</sup> Los miembros de Kaiser Permanente tienen derecho a recibir un descuento del 20 % 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](http://kp2020.org) (en inglés) para conocer las ubicaciones de los centros ópticos de Kaiser Permanente.