

# KAISER PERMANENTE \$15 COPAYMENT HMO PLAN

CARACTERÍSTICAS	EL PACIENTE PAGA
<b>DEDUCIBLE POR AÑO CALENDARIO</b>	\$0
<b>DEDUCIBLE POR AÑO CALENDARIO PARA GASTOS DE FARMACIA</b>	N/A
<b>GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO ANUAL<sup>1</sup></b> Individual/Familiar	\$2,500/\$5,000
<b>EN EL CONSULTORIO MÉDICO</b> Visitas al consultorio Exámenes preventivos Cuidados de maternidad/Atención prenatal <sup>2</sup> Consultas de atención preventiva para el bienestar infantil <sup>3</sup> Vacunas 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	\$15 \$0 \$0 \$0 \$0 \$5 50 % \$15 \$10 \$50 \$100 por procedimiento
<b>SERVICIOS DE EMERGENCIA</b> Consultas en el Departamento de Emergencias (el cargo no se exige si es admitido directamente al hospital) Ambulancia	\$100 \$75
<b>MEDICAMENTOS RECETADOS<sup>4</sup></b> Genéricos <sup>5</sup> De marca <sup>5</sup>	(suministro de hasta 30 días) \$10 \$25
<b>ATENCIÓN HOSPITALARIA</b> Servicios de médicos, habitación y alimentación, exámenes, medicamentos, suministros, terapias Atención en un centro de enfermería especializada (hasta 100 días por período de beneficios)	\$200 por día \$0
<b>SERVICIOS DE SALUD MENTAL</b> En el consultorio médico  En el hospital	\$15 por terapia individual \$7 por terapia grupal \$200 por día
<b>SERVICIOS DE FARMACODEPENDENCIA</b> En el consultorio médico En el hospital (solo desintoxicación)	\$15 por terapia individual \$200 por día
<b>OTROS</b> Determinados artículos de equipo médico duradero <sup>6</sup> Determinados dispositivos protésicos y ortésicos Óptica (artículos para la vista) <sup>7</sup> Examen de la vista Atención médica a domicilio (hasta 100 consultas de dos horas por año calendario) Cuidados paliativos	20 % \$0 Asignación de \$150 \$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> El gasto máximo de bolsillo es el monto máximo que una persona o familia pagarán por determinados servicios en un año calendario.

<sup>2</sup> Consultas prenatales programadas y la primera consulta posparto.

<sup>3</sup> Consultas de bienestar infantil hasta los 23 meses de edad.

<sup>4</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>5</sup> El deducible no se aplica a este servicio.

<sup>6</sup> El monto máximo admisible para equipo médico duradero es de \$2,000.

<sup>7</sup> Asignación para el costo de lentes de anteojos, montaduras de gafas, y la adaptación y entrega de lentes de contacto cada 24 meses.