

BRONZE 60 HDHP HMO 4800/40% + CHILD DENTAL + INFERTILITY*

Plan de salud con deducible alto que califica para HSA (las HSA pueden administrarse a través de Kaiser Permanente)

CARACTERÍSTICAS	EL MIEMBRO PAGA
DEDUCIBLE DEL PLAN Incluido	Individual: \$4,800 ¹ Familiar: \$9,600 ¹
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO Incluido	Individual: \$6,550 ^{1,2} Familiar: \$13,100 ^{1,2}
EN EL CONSULTORIO MÉDICO Consultas de atención médica primaria Consultas de atención de urgencia Consultas a especialistas Exámenes preventivos, vacunas (inmunizaciones) Atención prenatal Atención posparto Consultas de atención preventiva para niños sanos Inyecciones para las alergias Servicios para tratamiento de la infertilidad Terapia física, ocupacional y del habla La mayoría de los análisis La mayoría de los rayos-X y pruebas diagnósticas La mayoría de los estudios de imágenes por resonancia magnética/ tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones Cirugía ambulatoria (por procedimiento)	40% (una vez aplicado el deducible del plan) 40% (una vez aplicado el deducible del plan) 40% (una vez aplicado el deducible del plan) \$0 ³ \$0 ⁴ \$0 (una vez aplicado el deducible del plan) ⁵ \$0 ⁶ 40% (una vez aplicado el deducible del plan) 50% (fertilización in vitro, sin cobertura) 40% (una vez aplicado el deducible del plan) 40% (una vez aplicado el deducible del plan) 40% (una vez aplicado el deducible del plan) 40% (una vez aplicado el deducible del plan) 40% (una vez aplicado el deducible del plan)
SERVICIOS DE EMERGENCIA Consultas al Departamento de Emergencias (no se aplica si el paciente es ingresado en el hospital directamente) Ambulancia	40% (una vez aplicado el deducible del plan) 40% (una vez aplicado el deducible del plan)
RECETAS MÉDICAS Medicamentos genéricos (suministro de hasta 30 días) Medicamentos de marca (suministro de hasta 30 días) Medicamentos especializados (suministro de hasta 30 días)	40% por receta médica, hasta un máximo de \$500 (una vez aplicado el deducible del plan) ⁷ 40% por receta médica, hasta un máximo de \$500 (una vez aplicado el deducible del plan) ⁷ 40% por receta médica, hasta un máximo de \$500 (una vez aplicado el deducible del plan) ⁷
ATENCIÓN EN HOSPITAL Servicios de médicos, habitación y alimentación, pruebas, medicamentos, suministros, terapias, servicios de parto Atención en un centro de enfermería especializada (hasta 100 días por período de beneficios)	40% (una vez aplicado el deducible del plan) 40% (una vez aplicado el deducible del plan)
SERVICIOS DE SALUD MENTAL En el consultorio médico En el hospital	40% (una vez aplicado el deducible del plan) 40% (una vez aplicado el deducible del plan)
SERVICIOS DE FARMACODEPENDENCIA En el consultorio médico En el hospital (solo desintoxicación)	40% (una vez aplicado el deducible del plan) 40% (una vez aplicado el deducible del plan)
OTROS Servicios quiroprácticos y de acupuntura Determinado equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) (solo básico) Determinados dispositivos protésicos y ortopédicos Óptica pediátrica (artículos para la visión) Examen de la vista pediátrico Óptica para adultos (artículos para la visión) Examen de la vista para adultos (para refracciones oculares) Atención médica a domicilio (hasta 100 visitas por año) Cuidados paliativos	40% por consulta (una vez aplicado el deducible del plan) por acupuntura con remisión de un médico; la quiropraxia no tiene cobertura \$40 (una vez aplicado el deducible del plan) ⁸ \$0 (una vez aplicado el deducible del plan) 1 par de anteojos o lentes de contacto por año ⁹ \$0 Sin cobertura ¹⁰ \$0 40% (una vez aplicado el deducible del plan) \$0 (una vez aplicado el deducible del plan)

¹Este plan tiene un deducible integrado y gastos máximos de bolsillo. Cada uno de los miembros de la familia empezará a pagar copagos o coseguros después de alcanzar su propio deducible individual, o los gastos máximos de bolsillo (según el beneficio) cuando se alcance el deducible familiar o los gastos máximos de bolsillo. Los familiares individuales dejarán de estar sujetos al costo compartido cuando alcancen sus propios gastos máximos de bolsillo individuales o cuando se alcancen los gastos máximos de bolsillo familiares.

²Los gastos máximos de bolsillo son el monto máximo que un individuo o familia pagará en un año por todos los servicios cubiertos.

³Los análisis, los rayos-X y las vacunaciones con fines preventivos tienen cobertura como parte del examen preventivo.

⁴Consultas prenatales programadas.

⁵Solo la primera visita posparto está cubierta sin cargo.

⁶Consultas de rutina para niños sanos hasta los 23 meses de edad.

⁷Los medicamentos recetados están cubiertos de conformidad 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, visite kp.org/formulary (en inglés) o llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.

⁸Consulte la *Evidencia de Cobertura* para obtener información sobre lo que está incluido en sus beneficios de DME. La cobertura es limitada.

⁹Para menores de 19 años de edad.

¹⁰Los miembros de Kaiser Permanente tienen derecho a un 20% de descuento en anteojos y lentes de contacto comprados 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 o programa de paquetes de artículos para la visión, a ningún acuerdo de compra de lentes de contacto a largo plazo, o a ayudas o dispositivos para personas con visión disminuida. Visite kp2020.org (en inglés) para conocer las direcciones de los centros ópticos de Kaiser Permanente.