

BRONZE 60 HMO 6300/75* + CHILD DENTAL

Plan HMO con deducible

CARACTERÍSTICAS	EL MIEMBRO PAGA
DEDUCIBLE DEL PLAN Integrado	Individual: \$6,300 ^{1,2} Familiar: \$12,600 ^{1,2}
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO Integrado	Individual: \$7,550 ^{1,3} Familiar: \$15,100 ^{1,3}
EN EL CONSULTORIO MÉDICO Visitas de atención médica primaria Visitas de atención de urgencia Visitas en un consultorio de atención especializada Exámenes preventivos, vacunas (inmunizaciones) Atención prenatal Atención posparto Visitas de atención preventiva para el bienestar infantil Inyecciones para las alergias Servicios para el tratamiento de la infertilidad Terapia física, ocupacional y del habla La mayoría de los análisis de laboratorio 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 para pacientes ambulatorios (por procedimiento)	\$75 (una vez aplicado el deducible del plan) ⁴ \$75 (una vez aplicado el deducible del plan) ⁴ \$105 (una vez aplicado el deducible del plan) ⁴ \$0 ⁵ \$0 ⁶ \$0 ⁶ \$0 ⁷ \$5 (una vez aplicado el deducible del plan) Sin cobertura ⁸ \$75 \$40 100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ² 100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ² 100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ²
SERVICIOS DE EMERGENCIA Visitas al Departamento de Emergencias (no se aplica si le hospitalizan directamente) Ambulancia	100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ² 100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ²
MEDICAMENTOS RECETADOS Medicamentos genéricos (suministro para 30 días como máximo) Medicamentos de marca (suministro para 30 días como máximo) Medicamentos especializados (suministro para 30 días como máximo)	100 % por receta médica, hasta un máximo de \$500 (después del deducible de \$500 para medicamentos) ⁹ 100 % por receta médica, hasta un máximo de \$500 (después del deducible de \$500 para medicamentos) ⁹ 100 % por receta médica, hasta un máximo de \$500 (después del deducible de \$500 para medicamentos) ⁹
ATENCIÓN EN EL 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)	100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ² 100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ²
SERVICIOS DE SALUD MENTAL En el consultorio médico En el hospital	\$75 (una vez aplicado el deducible del plan) ⁴ 100 % (hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo) ²
SERVICIOS DE FARMACODEPENDENCIA En el consultorio médico En el hospital (solo desintoxicación)	\$75 (una vez aplicado el deducible del plan) ⁴ 100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ²
OTRO Teleconsultas Servicios quiroprácticos y de acupuntura Determinado equipo médico duradero (DME) (solo básico) Determinados dispositivos protésicos y ortésicos 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	\$0 \$75 por visita (una vez aplicado el deducible del plan) ⁴ para servicios de acupuntura con remisión de un médico; los servicios quiroprácticos no tienen cobertura 100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ^{2,10} \$0 1 par de anteojos o lentes de contacto por año ¹¹ \$0 Sin cobertura ¹² \$0 100 % (hasta los gastos máximos de bolsillo) ² \$0

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 miembros individuales de la familia 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.

²Aun cuando se alcance el deducible, el miembro todavía pagará un coseguro del 100% para beneficios seleccionados hasta alcanzar los gastos máximos de bolsillo. Una vez alcanzados los gastos máximos de bolsillo, no deberán pagar ningún cargo por los servicios cubiertos.

³Los gastos máximo de bolsillo son el monto máximo que un individuo o familia pagará por determinados servicios en un año.

⁴El deducible no se aplica durante las primeras tres visitas combinadas para atención médica primaria no preventiva, atención especializada, atención de otro médico general, atención de urgencia y servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta y trastornos por el abuso de sustancias.

⁵Los análisis, los rayos X y las vacunas con fines preventivos tienen cobertura como parte del examen preventivo.

⁶Las visitas prenatales programadas y la primera visita posparto.

⁷Las visitas de bienestar infantil hasta los 23 meses de edad.

⁸Los beneficios para tratamiento de 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.

⁹Los medicamentos recetados tienen cobertura 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.

¹⁰Consulte la *Evidencia de Cobertura* para obtener información sobre lo que está incluido en sus beneficios de DME. La cobertura es limitada.

¹¹Para menores de 19 años de edad.

¹²Los miembros de Kaiser Permanente tienen derecho a un 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.

Esto es solamente un resumen de beneficios y está sujeto a cambios. La *Evidencia de Cobertura* de KFHP y el *Certificado de Seguro* de KPIC contienen una explicación completa de los beneficios, las exclusiones y las limitaciones. La información que se ofrece no tiene como fin describir todos los beneficios incluidos en cada plan, ni tampoco está diseñado para servir como la *Evidencia de Cobertura* o el *Certificado de Seguro*.