

Características de los planes: resumen de beneficios

En las tablas que aparecen en las siguientes páginas, se muestran ejemplos de los beneficios de cada plan. Consulte el diagrama a continuación para entender cómo interpretar estas tablas.

Resumen de cómo interpretar la tabla

Resumen de beneficios	Kaiser Permanente - Silver 70 HMO Off Exchange
Tipo de plan	Deductible
Deductible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$5,400/\$10,800
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$8,700/\$17,400
Beneficios	
Atención virtual	
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin cargo
Atención preventiva	
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo
Servicios para pacientes ambulatorios (por visita o procedimiento)	
Visita al consultorio de atención primaria	\$50
Visita al consultorio de atención especializada	\$90
La mayoría de las radiografías	\$95
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$50
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	\$325
Cirugía ambulatoria	30 %
Visita de salud mental	\$50
Atención para pacientes hospitalizados	
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	30 % después del deducible
Maternidad	
Consultas rutinarias de atención prenatal, primera consulta posparto	Sin cargo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	30 % después del deducible
Atención de emergencia y de urgencia	
Visita al Departamento de Emergencias	\$400
Visita de atención de urgencia	\$50
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)	
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$18*
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$60 después del deducible de farmacia de \$50*
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 2)	\$60 después del deducible de farmacia de \$50*
Medicamentos especializados (Nivel 4)	20 % después del deducible de farmacia de \$50, hasta \$250 por medicamento recetado
Salud integral	
Servicios para mantenerse sano	La cobertura incluye Wellness Coaching by Phone (asesoría de bienestar por teléfono), que brinda orientación y apoyo personalizados de un asesor de bienestar exclusivo que le ayudará a establecer metas, a cumplirlas y, lo más importante, a obtener resultados. Todo esto puede hacerlo desde la comodidad de su hogar. Está disponible sin costo para los miembros de Kaiser Permanente, y no necesita una referencia. Obtenga más información en kp.org/WellnessCoaching (en inglés).

* Pedido por correo: Suministro de hasta 100 días de medicamentos recetados autorizados por el costo de un suministro de 60 días.

KP Ofrecido por Kaiser Permanente

E Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud

Deductible anual

Debe pagar este monto antes de que su plan comience a ayudarle a pagar la mayoría de los servicios cubiertos. Con este plan de ejemplo, usted pagaría los costos completos de los servicios cubiertos hasta llegar a \$5,400 para usted o \$10,800 para su familia. A partir de ese momento, comenzaría a pagar los copagos o el coseguro.

Gasto máximo de bolsillo anual

Este es el monto máximo que usted pagará por atención durante el año calendario antes de que el plan comience a pagar el 100 % de la mayoría de los servicios cubiertos. En este ejemplo, nunca pagaría más de \$8,700 por usted ni más de \$17,400 por su familia para copagos, coseguros y deducibles en un año calendario.

Atención preventiva sin cargo

La mayoría de los servicios de atención preventiva, incluidos los exámenes físicos de rutina y las mamografías, están cubiertos sin costo. Además, no están sujetos al deducible.

Con cobertura antes de alcanzar el deducible

Para algunos servicios, usted solamente pagará un copago o un coseguro, sin importar si ya alcanzó su deducible. Con este plan, las visitas de atención primaria están cubiertas por un copago de \$50, incluso antes de alcanzar su deducible. Con nuestros planes Silver con deducible, la atención primaria, la atención especializada y las visitas de atención de urgencia están cubiertas antes de alcanzar el deducible.

Coseguro

Después de alcanzar su deducible, este es un porcentaje de los cargos que podría pagar por los servicios cubiertos. En este caso, pagaría el 30 % del costo diario de su atención para pacientes hospitalizados después de que alcance su deducible. Su plan pagaría el resto hasta el fin del año calendario.

Copago

Este es el monto fijo que paga por servicios cubiertos, en general después de que alcance su deducible. En este ejemplo, comenzaría a pagar un copago de \$50 por visitas de atención de urgencia, independientemente de que haya alcanzado su deducible o no.

- KP** Ofrecido por Kaiser Permanente
E Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud, Covered California

Hay opciones de asistencia financiera con copagos, coseguros y deducibles más bajos disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los nativos americanos, en CoveredCA.com.

Resumen de beneficios	KP Kaiser Permanente - Bronze 60 HMO 7500/0% PCP	KP E Kaiser Permanente - Bronze 60 HDHP HMO	KP E Kaiser Permanente - Bronze 60 HMO	KP Kaiser Permanente - Silver 70 HDHP HMO 3600/25% PCP
Tipo de plan	Deductible	Admite HSA	Deductible	Admite HSA
Deductible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$7,500/\$15,000	\$6,650/\$13,300	\$5,800/\$11,600	\$3,600/\$7,200
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$7,500/\$15,000	\$6,650/\$13,300	\$8,850/\$17,700	\$7,200/\$14,400
Beneficios				
Atención virtual				
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin cargo	Consultas electrónicas y por correo electrónico: sin cargo Consultas por teléfono y por video: sin cargo después del deductible	Sin cargo	Consultas electrónicas y por correo electrónico: sin cargo Consultas por teléfono y por video: sin cargo después del deductible
Atención preventiva				
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Servicios para pacientes ambulatorios (por visita o procedimiento)				
Visita al consultorio de atención primaria	Sin cargo después del deductible	Sin cargo después del deductible	\$60	25 % después del deductible
Visita al consultorio de atención especializada	Sin cargo después del deductible	Sin cargo después del deductible	Primeras 3 visitas: \$95; luego \$95 después del deductible*	25 % después del deductible
La mayoría de las radiografías	Sin cargo después del deductible	Sin cargo después del deductible	40 % después del deductible	25 % después del deductible
La mayoría de las pruebas de laboratorio	Sin cargo después del deductible	Sin cargo después del deductible	\$40	25 % después del deductible
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	Sin cargo después del deductible	Sin cargo después del deductible	40 % después del deductible	25 % después del deductible
Cirugía ambulatoria	Sin cargo después del deductible	Sin cargo después del deductible	40 % después del deductible	25 % después del deductible
Visita de salud mental	Sin cargo después del deductible	Sin cargo después del deductible	Sin cargo	25 % después del deductible
Atención para pacientes hospitalizados				
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	Sin cargo después del deductible	Sin cargo después del deductible	40 % después del deductible	25 % después del deductible
Maternidad				
Consultas rutinarias de atención prenatal, primera consulta posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	Sin cargo después del deductible	Sin cargo después del deductible	40 % después del deductible	25 % después del deductible
Atención de emergencia y de urgencia				
Visita al Departamento de Emergencias	Sin cargo después del deductible	Sin cargo después del deductible	40 % después del deductible	25 % después del deductible
Visita de atención de urgencia	Sin cargo después del deductible	Sin cargo después del deductible	\$60	25 % después del deductible
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)				
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$20*	Sin cargo después del deductible	\$19*	25 % después del deductible, hasta \$250 por medicamento recetado
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	Sin cargo después del deductible	Sin cargo después del deductible	40 % después del deductible de farmacia de \$450, hasta \$500 por medicamento recetado	25 % después del deductible, hasta \$250 por medicamento recetado
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 2)	Sin cargo después del deductible	Sin cargo después del deductible	40 % después del deductible de farmacia de \$450, hasta \$500 por medicamento recetado	25 % después del deductible, hasta \$250 por medicamento recetado
Medicamentos especializados (Nivel 4)	Sin cargo después del deductible	Sin cargo después del deductible	40 % después del deductible de farmacia de \$450, hasta \$500 por medicamento recetado	25 % después del deductible, hasta \$250 por medicamento recetado
Salud integral				
Servicios para mantenerse sano	La cobertura incluye Wellness Coaching by Phone (asesoría de bienestar por teléfono), que brinda orientación y apoyo personalizados de un asesor de bienestar exclusivo que le ayudará a establecer metas, a cumplirlas y, lo más importante, a obtener resultados. Todo esto puede hacerlo desde la comodidad de su hogar. Está disponible sin costo para los miembros de Kaiser Permanente, y no necesita una referencia. Obtenga más información en kp.org/WellnessCoaching (en inglés).			

* El plan Kaiser Permanente Bronze 60 HMO incluye tres visitas al consultorio para atención especializada por el copago del beneficio antes de alcanzar su deductible.

* Pedido por correo: Suministro de hasta 100 días de medicamentos recetados autorizados por el costo de un suministro de 60 días.

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *Acuerdo de Miembro*, *Evidencia de Cobertura* y *Formulario de Revelación Combinados* (*Combined Membership Agreement, Evidence of Coverage, and Disclosure Form*, EOC) para obtener más información sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia de la EOC, visite kp.org/plandocuments (en inglés), llámenos al 1-800-464-4000 (TTY 711) o comuníquese con su corredor de seguros.

KP Ofrecido por Kaiser Permanente
E Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud, Covered California

Hay opciones de asistencia financiera con copagos, coseguros y deducibles más bajos disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los nativos americanos, en CoveredCA.com.

Resumen de beneficios	KP	E	KP	KP	E
Tipo de plan	Deductible	Deductible	Deductible	Deductible	Copago
Deducible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$5,400/\$10,800	\$5,400/\$10,800	\$2,850/\$5,700		Ninguno/Ninguno
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$8,700/\$17,400	\$8,700/\$17,400	\$8,750/\$17,500		\$8,700/\$17,400
Beneficios					
Atención virtual					
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Atención preventiva					
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Servicios para pacientes ambulatorios (por visita o procedimiento)					
Visita al consultorio de atención primaria	\$50	\$50	\$50	\$50	\$35
Visita al consultorio de atención especializada	\$90	\$90	\$80	\$80	\$65
La mayoría de las radiografías	\$95	\$95	\$70 después del deducible	\$70 después del deducible	\$75
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$50	\$50	\$30 después del deducible	\$30 después del deducible	\$40
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	\$325	\$325	\$350 después del deducible	\$350 después del deducible	\$75
Cirugía ambulatoria	30 %	30 %	35 % después del deducible	35 % después del deducible	\$190
Visita de salud mental	\$50	\$50	\$50	\$50	\$35
Atención para pacientes hospitalizados					
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	30 % después del deducible	30 % después del deducible	35 % después del deducible	35 % después del deducible	\$350 por día, hasta 5 días**
Maternidad					
Consultas rutinarias de atención prenatal, primera consulta posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	30 % después del deducible	30 % después del deducible	35 % después del deducible	35 % después del deducible	\$350 por día, hasta 5 días**
Atención de emergencia y de urgencia					
Visita al Departamento de Emergencias	\$400	\$400	\$350 después del deducible	\$350 después del deducible	\$330
Visita de atención de urgencia	\$50	\$50	\$50	\$50	\$35
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)					
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$18*	\$18*	\$20*	\$20*	\$15*
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$60 después del deducible de farmacia de \$50*	\$60 después del deducible de farmacia de \$50*	\$75 después del deducible de farmacia de \$450*	\$75 después del deducible de farmacia de \$450*	\$60*
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 2)	\$60 después del deducible de farmacia de \$50*	\$60 después del deducible de farmacia de \$50*	\$75 después del deducible de farmacia de \$450*	\$75 después del deducible de farmacia de \$450*	\$60*
Medicamentos especializados (Nivel 4)	20 % después del deducible de farmacia de \$50, hasta \$250 por medicamento recetado	20 % después del deducible de farmacia de \$50, hasta \$250 por medicamento recetado	35 % después del deducible de farmacia de \$450, hasta \$250 por medicamento recetado	35 % después del deducible de farmacia de \$450, hasta \$250 por medicamento recetado	20 % hasta \$250 por medicamento recetado
Salud integral					
Servicios para mantenerse sano	La cobertura incluye Wellness Coaching by Phone (asesoría de bienestar por teléfono), que brinda orientación y apoyo personalizados de un asesor de bienestar exclusivo que le ayudará a establecer metas, a cumplirlas y, lo más importante, a obtener resultados. Todo esto puede hacerlo desde la comodidad de su hogar. Está disponible sin costo para los miembros de Kaiser Permanente, y no necesita una referencia. Obtenga más información en kp.org/WellnessCoaching (en inglés).				

* Pedido por correo: Suministro de hasta 100 días de medicamentos recetados autorizados por el costo de un suministro de 60 días.

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *Acuerdo de Membresía, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación Combinados (Combined Membership Agreement, Evidence of Coverage, and Disclosure Form, EOC)* para obtener más información sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia de la EOC, visite kp.org/plandocuments, (en inglés), llámenos al 1-800-464-4000 (TTY 711) o comuníquese con su corredor de seguros.

- KP** Ofrecido por Kaiser Permanente
E Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud, Covered California

Hay opciones de asistencia financiera con copagos, coseguros y deducibles más bajos disponibles para determinados planes, así como para los nativos de Alaska y los nativos americanos, en [CoveredCA.com](#).

Resumen de beneficios	KP E	Kaiser Permanente - Gold 80 HMO Coinsurance	KP E	Kaiser Permanente - Gold 80 HMO 0/30 PCP	KP E	Kaiser Permanente - Platinum 90 HMO	KP E	Kaiser Permanente - Minimum Coverage HMO ^{††}
Tipo de plan		Copago		Copago		Copago		Deductible
Deductible anual de servicios médicos (individual/familiar)		Ninguno/Ninguno		Ninguno/Ninguno		Ninguno/Ninguno		\$9,200/\$18,400
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)		\$8,700/\$17,400		\$7,800/\$15,600		\$4,500/\$9,000		\$9,200/\$18,400
Beneficios								
Atención virtual								
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video		Sin cargo		Sin cargo		Sin cargo		Sin cargo
Atención preventiva								
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.		Sin cargo		Sin cargo		Sin cargo		Sin cargo
Servicios para pacientes ambulatorios (por visita o procedimiento)								
Visita al consultorio de atención primaria		\$35		\$30		\$15		Las primeras 3 visitas al consultorio son gratuitas.*** Las demás visitas no tienen cargo después del deductible.
Visita al consultorio de atención especializada		\$65		\$60		\$30		Sin cargo después del deductible
La mayoría de las radiografías		\$75		\$60		\$30		Sin cargo después del deductible
La mayoría de las pruebas de laboratorio		\$40		\$40		\$15		Sin cargo después del deductible
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones		25 %		\$250		\$75		Sin cargo después del deductible
Cirugía ambulatoria		30 %		\$335		\$95		Sin cargo después del deductible
Visita de salud mental		\$35		\$30		\$15		Sin cargo
Atención para pacientes hospitalizados								
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental		30 %		\$600 por día hasta 5 días**		\$225 por día hasta 5 días**		Sin cargo después del deductible
Maternidad								
Consultas rutinarias de atención prenatal, primera consulta posparto		Sin cargo		Sin cargo		Sin cargo		Sin cargo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados		30 %		\$600 por día hasta 5 días**		\$225 por día hasta 5 días**		Sin cargo después del deductible
Atención de emergencia y de urgencia								
Visita al Departamento de Emergencias		\$330		\$250		\$150		Sin cargo después del deductible
Visita de atención de urgencia		\$35		\$30		\$15		Las primeras 3 visitas al consultorio son gratuitas.*** Las demás visitas no tienen cargo después del deductible.
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)								
Medicamentos genéricos (Nivel 1)		\$15*		\$15*		\$7*		Sin cargo después del deductible
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)		\$60*		\$40*		\$16*		Sin cargo después del deductible
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 2)		\$60*		\$40*		\$16*		Sin cargo después del deductible
Medicamentos especializados (Nivel 4)		20 % hasta \$250 por medicamento recetado		20 % hasta \$250 por medicamento recetado		10 % hasta \$250 por medicamento recetado		Sin cargo después del deductible
Salud integral								
Servicios para mantenerse sano		La cobertura incluye Wellness Coaching by Phone (asesoría de bienestar por teléfono), que brinda orientación y apoyo personalizados de un asesor de bienestar exclusivo que le ayudará a establecer metas, a cumplirlas y, lo más importante, a obtener resultados. Todo esto puede hacerlo desde la comodidad de su hogar. Está disponible sin costo para los miembros de Kaiser Permanente, y no necesita una referencia. Obtenga más información en kp.org/WellnessCoaching (en inglés).		El beneficio de la vista para adultos incluye un examen anual de los ojos con un crédito para anteojos de \$175 que puede usarse cada 24 meses, 20 visitas combinadas por año para quiroprácticos o acupunturistas a \$15 por visita, cobertura para artículos de equipo médico duradero suplementario por un 20 % de costo compartido hasta \$2000 anuales. La cobertura también incluye Wellness Coaching para recibir orientación personalizada por parte de un asesor de bienestar exclusivo. Wellness Coaching by Phone está disponible sin costo para los miembros de Kaiser Permanente y no se necesita referencia. Obtenga más información en kp.org/WellnessCoaching (en inglés).		La cobertura incluye Wellness Coaching by Phone (asesoría de bienestar por teléfono), que brinda orientación y apoyo personalizados de un asesor de bienestar exclusivo que le ayudará a establecer metas, a cumplirlas y, lo más importante, a obtener resultados. Todo esto puede hacerlo desde la comodidad de su hogar. Está disponible sin costo para los miembros de Kaiser Permanente, y no necesita una referencia. Obtenga más información en kp.org/WellnessCoaching (en inglés).		La cobertura incluye Wellness Coaching by Phone (asesoría de bienestar por teléfono), que brinda orientación y apoyo personalizados de un asesor de bienestar exclusivo que le ayudará a establecer metas, a cumplirlas y, lo más importante, a obtener resultados. Todo esto puede hacerlo desde la comodidad de su hogar. Está disponible sin costo para los miembros de Kaiser Permanente, y no necesita una referencia. Obtenga más información en kp.org/WellnessCoaching (en inglés).

* Pedido por correo: Suministro de hasta 100 días de medicamentos recetados autorizados por el costo de un suministro de 60 días.

** Después de 5 días, los servicios cubiertos relacionados con esta hospitalización no tienen cargo.

†† Únicamente los solicitantes menores de 30 años o los solicitantes mayores de 30 años que presenten un certificado de Covered California que demuestre dificultades económicas o la falta de una cobertura asequible pueden adquirir un plan Minimum Coverage HMO.

*** El plan Kaiser Permanente Minimum Coverage HMO incluye tres visitas al consultorio sin cargo antes de alcanzar su deductible. Las visitas al consultorio incluyen consultas de atención primaria y de urgencia.

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *Acuerdo de Membresía, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación Combinados (Combined Membership Agreement, Evidence of Coverage, and Disclosure Form, EOC)* para obtener más información sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia de la EOC, visite [kp.org/plandocuments](#) (en inglés). Llámelo al 1-800-464-4000 (TTY 711) o comuníquese con su corredor de seguros.

E Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud, Covered California

Planes de reducción del costo compartido

Debe cumplir los requisitos e inscribirse en los planes de reducción del costo compartido (cost share reduction, CSR) en esta página a través de Covered California.

Resumen de beneficios	E Kaiser Permanente - Silver 73 HMO	E Kaiser Permanente - Silver 87 HMO	E Kaiser Permanente - Silver 94 HMO
Tipo de plan	Copago	Copago	Copago
Deductible anual de servicios médicos (individual/familiar)	Ninguno/Ninguno	Ninguno/Ninguno	Ninguno/Ninguno
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)			
	\$6,100/\$12,200	\$3,000/\$6,000	\$1,150/\$2,300
Beneficios			
Atención virtual			
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Atención preventiva			
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Servicios para pacientes ambulatorios (por visita o procedimiento)			
Visita al consultorio de atención primaria	\$35	\$15	\$5
Visita al consultorio de atención especializada	\$85	\$25	\$8
La mayoría de las radiografías	\$95	\$40	\$8
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$50	\$20	\$8
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	\$325	\$100	\$50
Cirugía ambulatoria	30 %	20 %	10 %
Visita de salud mental	\$35	\$15	\$5
Atención para pacientes hospitalizados			
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	30 %	20 %	10 %
Maternidad			
Consultas rutinarias de atención prenatal, primera consulta posparto	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	30 %	20 %	10 %
Atención de emergencia y de urgencia			
Visita al Departamento de Emergencias	\$350	\$150	\$50
Visita de atención de urgencia	\$35	\$15	\$5
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)			
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$15*	\$5*	\$3*
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$55*	\$25*	\$10*
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 2)	\$55*	\$25*	\$10*
Medicamentos especializados (Nivel 4)	20 % hasta \$250 por medicamento recetado	15 % hasta \$150 por medicamento recetado	10 % hasta \$150 por medicamento recetado
Salud integral			
Servicios para mantenerse sano	La cobertura incluye Wellness Coaching by Phone (asesoría de bienestar por teléfono), que brinda orientación y apoyo personalizados de un asesor de bienestar exclusivo que le ayudará a establecer metas, a cumplirlas y, lo más importante, a obtener resultados. Todo esto puede hacerlo desde la comodidad de su hogar. Está disponible sin costo para los miembros de Kaiser Permanente, y no necesita una referencia. Obtenga más información en kp.org/WellnessCoaching (en inglés).		

* Pedido por correo: Suministro de hasta 100 días de medicamentos recetados autorizados por el costo de un suministro de 60 días.

Este resumen del plan destaca los beneficios, copagos, coseguros y deducibles sobre los cuales se pregunta con más frecuencia. Consulte el *Acuerdo de Membresía, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación Combinados (Combined Membership Agreement, Evidence of Coverage, and Disclosure Form, EOC)* para obtener más información sobre su plan o para conocer las limitaciones y exclusiones específicas. Para solicitar una copia de la EOC, visite kp.org/plandocuments (en inglés), llámenos al 1-800-464-4000 (TTY 711) o comuníquese con su corredor de seguros.