

# 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	KP Kaiser Permanente - Silver 70 HMO Off Exchange
Tipo de plan	Deducible
Deducible anual de servicios médicos (individual/familiar)	\$5,400/\$10,800
Gasto máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$8,700/\$17,400
<b>Beneficios</b>	
<b>Atención virtual</b>	
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin cargo
<b>Atención preventiva</b>	
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo
<b>Servicios para pacientes ambulatorios (por visita o procedimiento)</b>	
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
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>	
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	30 % después del deducible
<b>Maternidad</b>	
Consultas rutinarias de atención prenatal, primera consulta posparto	Sin cargo
Parto y cuidados de bienestar infantil para pacientes hospitalizados	30 % después del deducible
<b>Atención de emergencia y de urgencia</b>	
Visita al Departamento de Emergencias	\$400
Visita de atención de urgencia	\$50
<b>Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)</b>	
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
<b>Salud integral</b>	
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 <a href="https://kp.org/WellnessCoaching">kp.org/WellnessCoaching</a> (en inglés).

**KP** Ofrecido por Kaiser Permanente

**E** Ofrecido a través del intercambio de beneficios de salud

### Deducible anual

Debe pagar este monto antes de que su plan comience a ayudarlo 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.

\* 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, 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	<b>KP</b> Kaiser Permanente - Bronze 60 HMO 7500/0% PCP	<b>KP E</b> Kaiser Permanente - Bronze 60 HDHP HMO	<b>KP E</b> Kaiser Permanente - Bronze 60 HMO	<b>KP</b> Kaiser Permanente - Silver 70 HDHP HMO 3600/25% PCP
Tipo de plan	Deducible	Admite HSA	Deducible	Admite HSA
Deducible 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
<b>Beneficios</b>				
<b>Atención virtual</b>				
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 deducible	Sin cargo	Consultas electrónicas y por correo electrónico: sin cargo Consultas por teléfono y por video: sin cargo después del deducible
<b>Atención preventiva</b>				
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
<b>Servicios para pacientes ambulatorios (por visita o procedimiento)</b>				
Visita al consultorio de atención primaria	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	\$60	25 % después del deducible
Visita al consultorio de atención especializada	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	Primeras 3 visitas: \$95; luego \$95 después del deducible <sup>‡</sup>	25 % después del deducible
La mayoría de las radiografías	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible	25 % después del deducible
La mayoría de las pruebas de laboratorio	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	\$40	25 % después del deducible
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible	25 % después del deducible
Cirugía ambulatoria	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible	25 % después del deducible
Visita de salud mental	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	Sin cargo	25 % después del deducible
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>				
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible	25 % después del deducible
<b>Maternidad</b>				
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 deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible	25 % después del deducible
<b>Atención de emergencia y de urgencia</b>				
Visita al Departamento de Emergencias	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible	25 % después del deducible
Visita de atención de urgencia	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	\$60	25 % después del deducible
<b>Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)</b>				
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$20*	Sin cargo después del deducible	\$19*	25 % después del deducible, hasta \$250 por medicamento recetado
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible de farmacia de \$450, hasta \$500 por medicamento recetado	25 % después del deducible, hasta \$250 por medicamento recetado
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 2)	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible de farmacia de \$450, hasta \$500 por medicamento recetado	25 % después del deducible, hasta \$250 por medicamento recetado
Medicamentos especializados (Nivel 4)	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	40 % después del deducible de farmacia de \$450, hasta \$500 por medicamento recetado	25 % después del deducible, hasta \$250 por medicamento recetado
<b>Salud integral</b>				
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 <a href="https://kp.org/WellnessCoaching">kp.org/WellnessCoaching</a> (en inglés).			

<sup>‡</sup> El plan Kaiser Permanente Bronze 60 HMO incluye tres visitas al consultorio para atención especializada por el copago del beneficio antes de alcanzar su deducible.

\* 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](https://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 Kaiser Permanente - Silver 70 HMO Off Exchange	E Kaiser Permanente - Silver 70 HMO	KP Kaiser Permanente - Silver 70 HMO 2850/50 PCP	KP E Kaiser Permanente - Gold 80 HMO
Tipo de plan	Deducible	Deducible	Deducible	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
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	\$50	\$50	\$50	\$35
Visita al consultorio de atención especializada	\$90	\$90	\$80	\$65
La mayoría de las radiografías	\$95	\$95	\$70 después del deducible	\$75
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$50	\$50	\$30 después del deducible	\$40
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	\$325	\$325	\$350 después del deducible	\$75
Cirugía ambulatoria	30 %	30 %	35 % después del deducible	\$190
Visita de salud mental	\$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	\$350 por día, hasta 5 días**
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 % después del deducible	30 % 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	\$330
Visita de atención de urgencia	\$50	\$50	\$50	\$35
Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)				
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$18*	\$18*	\$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*	\$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*	\$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	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 <a href="https://kp.org/WellnessCoaching">kp.org/WellnessCoaching</a> (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](https://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	<b>KP</b> Kaiser Permanente - Gold 80 HMO Coinsurance	<b>E</b> Kaiser Permanente - Gold 80 HMO 0/30 PCP	<b>KP</b> Kaiser Permanente - Platinum 90 HMO	<b>E</b> Kaiser Permanente - Minimum Coverage HMO <sup>††</sup>
<b>Tipo de plan</b>	<b>Copago</b>	<b>Copago</b>	<b>Copago</b>	<b>Deducible</b>
Deducible 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
<b>Beneficios</b>				
<b>Atención virtual</b>				
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
<b>Atención preventiva</b>				
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
<b>Servicios para pacientes ambulatorios (por visita o procedimiento)</b>				
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 deducible.
Visita al consultorio de atención especializada	\$65	\$60	\$30	Sin cargo después del deducible
La mayoría de las radiografías	\$75	\$60	\$30	Sin cargo después del deducible
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$40	\$40	\$15	Sin cargo después del deducible
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	25 %	\$250	\$75	Sin cargo después del deducible
Cirugía ambulatoria	30 %	\$335	\$95	Sin cargo después del deducible
Visita de salud mental	\$35	\$30	\$15	Sin cargo
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>				
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 deducible
<b>Maternidad</b>				
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 deducible
<b>Atención de emergencia y de urgencia</b>				
Visita al Departamento de Emergencias	\$330	\$250	\$150	Sin cargo después del deducible
Visita de atención de urgencia	\$35	\$30	\$15	Las primeras 3 visitas al consultorio son gratuitas.*** Las demás visitas no tienen cargo después del deducible.
<b>Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)</b>				
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$15*	\$15*	\$7*	Sin cargo después del deducible
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$60*	\$40*	\$16*	Sin cargo después del deducible
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 2)	\$60*	\$40*	\$16*	Sin cargo después del deducible
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 deducible
<b>Salud integral</b>				
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 <a href="http://kp.org/WellnessCoaching">kp.org/WellnessCoaching</a> (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 <a href="http://kp.org/WellnessCoaching">kp.org/WellnessCoaching</a> (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 <a href="http://kp.org/WellnessCoaching">kp.org/WellnessCoaching</a> (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 <a href="http://kp.org/WellnessCoaching">kp.org/WellnessCoaching</a> (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 deducible. 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](http://kp.org/plandocuments) (en inglés), llámenos 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	<b>E</b> Kaiser Permanente - Silver 73 HMO	<b>E</b> Kaiser Permanente - Silver 87 HMO	<b>E</b> Kaiser Permanente - Silver 94 HMO
Tipo de plan	Copago	Copago	Copago
Deducible 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
<b>Beneficios</b>			
<b>Atención virtual</b>			
Consultas electrónicas, por chat, por correo electrónico, por teléfono y por video	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
<b>Atención preventiva</b>			
Exámenes físicos de rutina, mamografías, etc.	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
<b>Servicios para pacientes ambulatorios (por visita o procedimiento)</b>			
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
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>			
Habitación y comidas, cirugía, anestesia, radiografías, pruebas de laboratorio, medicamentos, atención de salud mental	30 %	20 %	10 %
<b>Maternidad</b>			
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 %
<b>Atención de emergencia y de urgencia</b>			
Visita al Departamento de Emergencias	\$350	\$150	\$50
Visita de atención de urgencia	\$35	\$15	\$5
<b>Medicamentos recetados (suministro de hasta 30 días)</b>			
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
<b>Salud integral</b>			
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 <a href="https://kp.org/WellnessCoaching">kp.org/WellnessCoaching</a> (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](https://kp.org/plandocuments) (en inglés), llámenos al 1-800-464-4000 (TTY 711) o comuníquese con su corredor de seguros.